Anul II. No. 1—2. 10 Lei Exemplarul. Ian.—Febr. 1935.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie:
Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I.
Secretari de redacţie:
Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacţie:
Drii I. Beu, A. Burlă, N. Comşa, I. Cosma, G. Ghiţescu, I. Gheorghiu, N. Hozan, I. Ilcuş, L. Ionaşiu, C. Manta, Mavru, N. Mihail, V. Mitter, R. Moga, Gh. Păcurar, C. Pascu, D. Roşca, I. Slavu, I. Sturza, H. Tănăsescu, F. Vilt.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500
Redacţia: Spitalul Public, Serviciul chirurgical, Sibiu.
Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" SIBIU

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Prof. M. Kernbach: Progresele Medicinei legale în ultimii ani Pag. 1

Dr. Mareş Cahane: Câteva date noui asupra tratamentului epilepsiei . . . . . „ 9

Dr. Od. Apostol: Biofiziologia aeronavigaţiei . . . . . „ 17

Dr. N. Căliman şi *Dr. Elena Bogaton-Radu:* Boala lui Bang „ 26

Dr. E. Nicoară: Noui contribuţiuni la anestezia rachidiană superioară . . . . „ 33

Dr. Iosif Ghizdavu: Asimetria craniană ca factor patogen în „Maladia lui Little" . . „ 36

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Eforiile Sanitare şi de Ocrotire. . . Pag. 39

Dr. I. Stoichiţia şi *Dr. I. Cosma:* Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu . . . . . Pag. 43

Dr. I. Stoichiţia şi *Dr. Tiberiu Schulz:* Bilanţul alor 16 ani de activitate la Ambulatorul Policlinic din Sibiu . . . „ 47

Revista cărţilor . . . . . „ 54

1. Turbarea la om şi animale, de *Doc. Dr. Dim. Ionescu.*
2. Campania antiexantematică din Basarabia, de *Dr. Const. Al. Cinski.*

Revista revistelor . . . . „ 55

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu . . . . „ 57

Note şi informaţiuni . . . „ 59

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ŞI CHIMIE BIOLOGICĂ

Dr. TELEMAN & Dr. ROŞCA
SIBIU, STR. MITROPOLIEI Nr. 17

21590.

BIOTONICUM

ROBORANS-TONICUM-STOMACHICUM

este o compoziţie cu un gust foarte plăcut de Liquor mangano zaharat de fer cu 5% de glicerofosfat de Na cu şi fără Arsen. O sticlă originală conţine **250 gr. suficient pentru 7 zile,**
Se află în toate farmaciile cu preţul de **Lei 95·—**

Indicaţiuni:

In toate formele de anemii (Fe., Mn); chloroză, boale nervoase (P), histerie,

neurastenie, senilitate, astenie şi surmenaj general,

în convalescenţă; reconfortant excelent indicat mai ales

după boalele infecţioase şi după operaţii, la epuizare intelectuală şi corporală;

în tuberculoză generală şi pulmonară (reducerea secreţiunilor prin Mn.),

în diatezele exsudative, rachitism, boala lui Basedow,

la boalele tubului digestiv şi ale nutriţiei;

în neuroză şi ulcer gastric, hiperclorhidrie şi atrofia mucoasei stomacale (Achilia gastrică),

în eczemele cronice (As) şi fosfaturie etc.

Farmacia „La Primărie" O. Alesi, Sebeş-Alba.

Anul II. Nr. 1—2. 10 Lei Exemplarul. Ian.—Febr. 1935.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

Ephetonin Merck

în astmul bronşie şi alte boli alergice, precum şi în bronşite şi slăbirea circulaţiei

FORME ŞI AMBALAJE:

Tablete Ephetonin à 0,05 gr
Ambalaj original cu 10—30 buc.

Perle Ephetonin à 0,01 gr
Ambalaj original cu 50 buc.

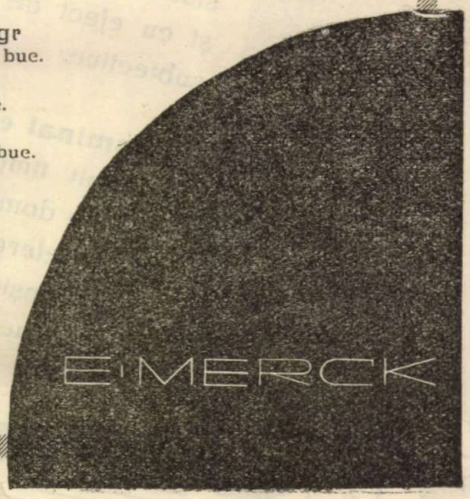
Fiole Ephetonin à 0,05 gr
Ambalaj original cu 5—10 buc.

Alifie Ephetonin 3%
Tub original cu 10 gr.

Dovedit ca bun şi prin prescrierea multor reţete

E. MERCK / DARMSTADT

Reprezentant în România:
BIROUL ŞTIINŢIFIC,
Bucureşti III, Str. Anastase Simu 6 (în dosul Ateneului)



Biblioteca Judeteana ASTRA
21590P

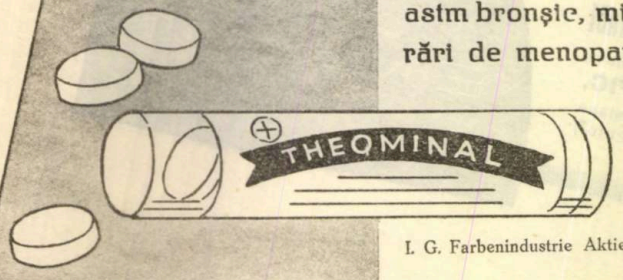
SIBIU, 1935
Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“

Theominal

asociaţia renumită din
Theobromină şi Luminal,

efect spasmolitic asupra vaselor, în special asupra arteriolelor, dilată vasele, ameliorează circulaţia sanguină în ţesuturi, normalizează tensiunea sanguină, atenuiază repede şi cu efect de durată turburările subiective.

Theominal este deci recunoscut de mult timp şi pretutindeni ca specific dominant în hipertensiune, arterioscleroză, angină pectorală, astm bronşic, migrenă cât şi turburări de menopauză şi dismenoree.



Ambalaj original:
Tub cu 20 tablete de 0,33 gr

„Bayer"

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft Leverkusen a. Rh.

BAYER

Mostre şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„PHARMA"-Studerus & Co., Bucureşti I, str. Brezoianu 53.

Progresele Medicinei legale în ultimii ani *)

de Prof. **M. Kernbach.**

Dela studiul şi cercetarea morţii şi a cadavrelor, medicina legală — ram autonom al medicinei sociale — a trecut de mult asupra persoanei vie. Ea nu este o simplă aplicare a cunoştinţelor medicale în domeniul dreptului. Ci o disciplină a parte, cu domeniu, scop şi activitate ce-i aparţine, fără a depăşi graniţele altor specialităţi. Ea studiază, aplicând în faţa legilor, toate cunoştinţele ce ţin de atributele psihologice, anatomice, fiziologice şi patologice ale omului în raport cu justiţia. E ramul medicinei în care se reflectează starea juridică a fiinţei umane. Dela zămislire, trecând prin toate fazele copilăriei, prin toate actele civile, în timpul vieţii mature ca şi la bătrâneţe, medicina legală e în permanentă activitate. Iar după moartea omului e singura ce urmăreşte procesele cadaverice, până la dispariţia corpului sau transformarea lui în mici fărâme osoase. E singurul ram al medicinei care mai poate fi utilizat şi aci.

Toate problemele ce aparţin justiţiei şi în care se cere clarificarea faptului juridic printr'o cercetare a unui fapt medical pretind o operaţiune medico-legală. Dar nu în sensul în care se practică azi; improvizaţia. Forul judiciar îmbracă (adesea fără criterii) pe un medic cu haina de expert-medic-legist, pentru a-l desbrăca de îndată ce şi-a depus mandatul. Ci medicină legală făcută ca specializare ca orice altă specialitate medicală.

Dar aşa cum improvizaţia n'a dispărut nici din alte domenii medicale, n'a dispărut nici în Medicina legală. Sperăm că aceasta va fi în sarcina unui viitor foarte apropiat.

Medicina legală a înregistrat în anii din urmă progrese importante. Ea a ţinut pas cu evoluţia generală a medicinei şi în însuşi domeniul ei se demarcă azi mici specialităţi:

*) Fragment din conferinţa ce n'a avut loc în cadrele „zilelor medicale" din Sibiu, pentru care cer şi aci scuze şi-mi exprim sincerul regret de a nu fi putut trăi câteva clipe în cercul colegilor din Sibiu, pentru care păstrez o deosebită şi perfectă admiraţie.

Criminalistica;
Antropologia criminală;
Medicina asigurărilor sociale;
Dreptul şi jurisdicţia medicinei;
Medicina legală judiciară (penală şi civilă):
„ „ politică şi socială;
„ „ administrativă şi poliţie sanitară.

Am răpi prea mult timp spre a arăta progresele fiecărui ram în parte. De aceia ne vom ocupa de progresele cele mai mari şi mai stabile. Ele se grupează în jurul a trei probleme:

1. Căutarea paternităţii;
2. Diagnosticului medico-legal al beţiei;
3 Identificarea rănirilor prin armă de foc.

In prezentul articol ne vom ocupa pe scurt de:

Problemele medicale şi biologice în căutarea paternităţii.

Medicina dispune de mai multe metode pentru a stabili paternitatea unui copil. Ea dispune de *metode directe* şi *metode indirecte.*

Metodele indirecte sunt acelea ce se referă la posibilitatea şi durata concepţiunei.

Tatăl îşi poate nega posibilitatea de a procrea invocând impotenţa sexuală, fie cea coeundi, fie cea generandi.

Medicina legală cunoaşte cauzele care pot duce la o astfel de impotenţă.

In ce priveşte impotenţa coeundi ea se poate datori absenţii sau insuficienţii erecţiunii. Absenţa penisului, constituţiile neuropsihopatice, frigiditatea bărbatului, inversiunile sexuale, bolile cronice, caşectizante (tbc., diabetul, boala lui Basedow, Addison), afecţiunile neuro mintale, tumori, emoragii cerebrale, scleroză multiplă a creerului, a măduvei spinării, hidrocefalia, traumatizmele capului, mielita, tabesul, priapismul, idioţia, imbecilitatea, cretinismul, fractura bazinului, toxicomaniile cronice, bătrâneţea, copilăria, sunt în general bolile ce *cauzează absenţa totală a erecţiunii.* Neurastenicii în prima perioadă şi stările de adipozitate patologică (sindromul adipozogenital) duc la o *erecţiune insuficientă. Absenţa definitivă a erecţiunii* o dau stările depresive nervoase, datorită acţiunei inhibitorii a toxinelor sau bolilor ce distrug centrii erecţiunii. Infiltraţiile cronice patologice ale corpilor cavernoşi duc la acelaş rezultat. Erecţiunea poate lipsi *temporar* şi *episodic* datorită lipsei de experienţă sexuală, bolilor infecţioase, febrile, bolilor cronice sau intoxicaţiilor, bolilor locale (blenoragia şi prostatita cronică), inversiunilor sexuale şi unor momente legate de neîngrijirea femeii.

Putem întâlni bărbaţi ce nu pot introduce *penisul în vagin*, datorită lungimei penisului (infantil sau amputat), datorită volumului penisului (elefantiază, induraţia corpilor cavernoşi), datorită anomaliilor penisului sau a scrotului (penis dublu, spintecat, gland dublu, epispadias, hipospadias, elefantiazis scrotal, synochos) etc.

Urmează apoi impotenţa generandi, care poate fi datorită şi *imposibilităţii de intromisiune* sau anumitor boli ale testiculilor sau canalelor de excreţiune a lichidului spermatic. Aspermatismul, dispermatismul, azoospermia, necrospermia, oligospermia, astenospermia, hemo şi piospermia de origine testiculară, epididimară sau funiculară, sunt cauzele cele mai frecvente ale acestei impotenţe.

O altă metodă indirectă, se prijină pe aprecierea ***datei naşterii*** în legătură cu raportul sexual. Această apreciere cade de multe ori în sarcina judecătorului în limitele celor 180—300 zile, deşi un ***examen medical al copilului*** ar putea verifica dacă semnele ***maturităţii*** sau ***nematurităţii*** sau ***supramaturităţii copilului*** ar putea coincide cu raportul sexual indicat de mamă. Într'adevăr copilul născut la termen, deşi nu are semne absolute, prezintă totuşi un grup de semne — lungime, greutate, diferite dimensiuni ale capului, membrelor şi corpului, diferite puncte de osificare şi alte multe semne morfologice, — care permit a diferenţia copilul purtat până la termen (până la 300 zile), sub acest termen (naştere precoce) sau peste acest termen (naştere tardivă). Avem tabele cu lungimea şi greutatea fructului şi a anexelor lui, care ne vor putea indica etatea lui intrauterină şi de aici se poate deduce uşor durata sarcinii.

Afară de aceste deducţiuni ştiinţifice medicale, dispunem de metode directe pentru demonstrarea unei paternităţi. Ele se bazează pe fapte antropologice, patologice şi serologice.

Metoda antropologică se bazează îndeosebi pe asemănarea dintre tată şi copil. In mod empiric se utilizează actual în practica judiciară. O serie de cercetări noui ţin să fixeze semnele dominante şi legile după care se moştenesc calităţile morfologice ereditare. Pentru un examen mai sigur se cere comparaţia cu mama, tatăl şi ascendenţii acestora. Până în prezent nu se cunosc exact toate aceste semne, ci numai o parte din ele. După *Fischer* nasul pronunţat convex e ereditar dominant, faţă de nasul lat şi mic. Prognatismul maxilarului inferior (buza habsburgică) este iar un semn dominant. Formele individuale ale buzelor (subţierea, înclinarea, raportul de mărime a celor două buze) prezintă o ereditate evidentă. După *Polliakoff* sunt 19 semne dominant ereditare:

1. faţa rombică
2. proeminenţa evidentă a maxilarelor
3. prognatism
4. maxilar teşit (agnatism)
5. păr roşu
6. „ creţ
7. sprâncene îmbinate
8. coada sprâncenelor oblice ascendente
9. unghiul extern al ochiului oblic ascendent
10. pleoape acoperite
11. vârful nasului dublat
12. bărbie dublată
13. dosul nasului turtit
14. „ „ mult proeminent
15. lobulul urechii pătrat
16. urechi inegale
17. tragus îndreptat înainte
18. antitragus proeminent
19. tuberculul darvinian.

După acest autor lipsa acestor semne permite excluderea paternităţii.

Culoarea irisului, a părului, particularităţile părului (neted, ondulat sau buclat (aşezarea părului) repartizat omogen sau în mănunchi, (forma vârtejurilor părului, unice, duble, direcţia lor), sunt semne importante. Părul buclat, părul brun, sau negru, culoarea închisă a irisului sunt semne dominante. Părul neted, părul blond, ochii albaştrii sau cenuşii sunt semne recesive (Schrader). S'a mai încercat (Poll, Bonnevie, Nürnberger) a se utiliza şi dactiloscopia. Desenul papilar eliptic sau cu dublu laţ e după unii autori ereditar. S'a trecut apoi la numărarea crestelor papilare fără a se găsi criterii fixe pentru dovedirea paternităţii (Müeller). In Institutul Medico legal din Cluj se lucrează acum intens în această direcţie.

Bolile şi anomaliile ereditare. In ultimii 20 de ani s'au studiat majoritatea bolilor sau anomaliilor ereditare. Desigur că şi aci vom avea aceleaşi norme. Faptul că o anumită anomalie lipseşte la tatăl presupus deşi copilul o are, nu exclude paternitatea, căci unele din ele pot fi recesive, găsindu-se la ascendenţi.

Dăm după Schrader, lista anomaliilor ereditare.

Extremităţi. Hyperdactilia, sau polidactilia, ectodactilia (lipsa degetelor), sindactilia, brachidactilia, brachifalangia, klinodactilia (îndoire), kamptodactilia (4—5 degete neexistente), simfalangia (lipsa

articulaţiilor), contractura ereditară a degetelor, mâna despicată, picior despicat, lipsa piciorului sau a mânii exostoze multiple cartilaginoase.

Pielea şi anexele. Fistula gâtului congenitală, hipertelia (mamele supranumerare), keratoza palmară sau plantară, epidermoliza buloasă traumatică, teleangiectazia ereditară emoragică anihogrifosis, leuchonichia (pete albe pe unghii), anonychie (lipsa) hipotrichosis, monielehichosis (părul cu salbe de mărgăritare), cârlionţi albi pe frunte).

Ochi. Microftalmus, epikantus (plica semilunară ce uneşte cele două pleoape la unghiul intern), culoarea închisă a pleoapelor, ptoza congenitală, oftalmoplegia externă, distichiasis (două rânduri de gene la pleoapa superioară) colobomul irian (lipsa parţială a irisului), aniridie, hemeralopia. Acestea în majoritate sunt dominante. Retinita pigmentară, miopia, hipermetropia, astigmatismul şi mai multe forme ale strabismului sunt când recesive când dominante.

Capul, cap în formă de turn, microcefalie, buză de iepure, micrognatie, progenie. anomalii dentare.

Organele genitale: Hipospadias, epispadias.

Sistemul nervos. Miotonia congenitală (boala lui Thomsen), atrofia musculară miopatică progresivă, atrofia musculară neurală progresivă, paralizie spastică spinală, ataxia lui Friederich sau a lui Marie, choreea lui Huntington, sunt dominante.

Metoda serologică. După încercările timide ale lui Langer, Hectoen, Ottenberg-Epstein, încă din anul 1909 V. Dungern şi Hirschfeld au arătat că fenomenul aglutinării aparţine eredităţii. Nici unul din cei doi aglutinogeni A şi B nu pot apare la copii dacă nu au fost prezenţi la unul din progenitori. După aceşti autori, proprietăţile aglutinante se moştenesc după regulile mendeliene clasice. Grupul sangvin e rezultanta combinaţiei a patru caractere unite în două perechi alelomorfe A şi nu A, B şi nu B. Fiecare pereche dă loc la 3 genotipuri, astfel că fiecare grup e un fenotip, format din mai multe genotipuri conform tabelului de mai jos:

Grupe genotipe	Genotipe	
I.	Nu A nu A.	
	Nu B nu B, pur.	
II.	A A	A nu A
	Nu B nu B pur.	nu B nu B hibrid

III.	Nu A nu A.	nu A nu A		
	B B pur.	B nu B hibrid		
IV.	A A	A nu A	A A	A nu A
	B B pur.	B nu B	B nu B	B nu B
		monohibrid	monohibrid	dihibrid

Calităţile A şi B sunt diminante faţă de lipsa lor, adică calitatea O. Aceasta din urmă e recesivă, practic, aceasta înseamnă că dacă tata şi mama au grupa A sau B ea trebue să se găsească neapărat şi la copil, fie unice, fie ambele.

In 1924, Bernstein emite ipoteza a trei perechi alelomorfe multiple. Acestea corespund la trei rase biochimice din care una R, e recesivă şi celelalte două sunt dominante A A şi B B. Iată şi schema lui Bernstein:

Grupe:	O	A	B	AB
Formula ereditară:	RR.	AA.	BB.	AB.
		AR.	BR.	

Aci sunt şase genotipuri pentru patru fenotipuri (grupe sanghine).

Bazat pe aceste legi şi pe zeci de mii de cercetări s'a ajuns la următoarele concluziuni (Lattes):

1. Transmisiunea ereditară a grupului sangvin este sigură.

2. Această transmisiune are loc după o regulă mendeliană şi proprietăţile izoaglutinabile A şi B, joacă un rol de caractere diminante.

3. Actual s'a dovedit că transmisiunea grupului sangvin se face prin mijlocirea a două caractere alelomorfe, din care una aparţine mamei şi alta tatălui.

Ereditatea grupelor sangvine reprezintă unul din exemplele cele mai simple şi mai sigure pentru dovedirea legilor ereditare ale omului.

Din punct de vedere practic şi după rezultatele de până acum cunoaştem cu ce calitate se va naşte un copil cunoscând calităţile mamei şi ale tatălui:

Unirea dintre O şi O dă loc numai la copii O

„ „ A „ A „ „ „ „ „ O şi A
„ „ B „ B „ „ „ „ „ O „ B
„ „ O „ A „ „ „ „ „ O „ A
„ „ O „ B „ „ „ „ „ O „ B
„ „ AB „ O „ „ „ „ „ A „ B
„ „ AB „ A „ „ „ „ „ AB „ AB
„ „ AB „ B „ „ „ „ „ AB „ AB
„ „ A „ B „ „ „ „ „ AB AB şi O

Tot astfel prin examenul părinților și a copiilor se va putea ști dacă din această combinație a putut rezulta acel copil. Când combinațiile nu corespund atunci avem siguranța că persoana X, nu a putut fi tatăl acelui copil, deci excludem paternitatea conform tabelului de mai jos:

Combinațiuni matrimoniale		Copiii nu pot fi
I. (O) x	I. (O)	II. (A) III. (B): IV (AB)
I. (O) x	II. (A)	III. (B): IV (AB)
I. (O) x	III. (B)	II. (A) IV (AB)
I. (O) x	IV. (AB)	I. (O) IV (AB)
II. (A) x	II. (A)	III. (B): IV (AB)
III. (B) x	III. (B)	II. (A) IV (AB)
II. (A)		
III. (B) x	IV. (AB)	I. (O)
IV. (AB)		

Examenul grupelor sangvine pot prin urmare exclude paternitatea în cazuri foarte rare. Direct însă paternitatea nu se poate dovedi, căci copilul care va avea aceiaș calitate sangvină cu a tatălui presupus, nu înseamnă obligator, că el e tatăl acestui copil, căci mai sunt și alți bărbați cu aceiaș calitate. Aici se va spune că această persoană poate fi tatăl acestui copil, dar nu în mod obligator.

Metoda a pătruns și în practica judiciară mai întâi în țările germanice. Berlinul a numărat 5000 procese în 1924, unde s'a admis căutarea paternității prin examenul sângelui. Formula Justiției germane e următoarea: „Este evident imposibil (în cazuri de excludere) — offenbar unmöglch — ca bărbatul X să fie tatăl acestui copil. In Saxonia, Bavaria, Würtenberg și Hamburg expertizele au fost centralizate și încredințate numai specialiștilor consacrați (până în 1929 Germania avea numai 55 experți admiși de Ministerul Justiției și al sănătății). Ea a fost recomandată ca probă judiciară de Ministerul Justiției din Würtenberg. Comisarul justiției a U. R. S. S. a admis o în 1927, iar în 1930 ea a fost admisă și de Inalta Curte de Casație italiană.

Importanța acestei metode este în deosebi foarte utilă în cazurile unde se pune „Exceptio plurium concubetium". Prin nici un martor sau probațiune, această excepțiune nu poate fi elucidată ca prin examenul sângelui. Eliminând din două-trei persoane presupuse, persoana care nu pote fi tatăl, justiția poate mai ușor să aleagă pe tatăl adevărat.

Cercetări recente a adus mărirea grupelor sangvine. Landsteiner și Thomsen au găsit în grupa A, două subgrupe numite A_1 și A_2.

Ele se bazează pe diferenţe cantitative a puterii de fixaţie asupra globulelor roşii. Există o aglutinabilitate puternică şi una slabă. Lehmann crede că avem de a face cu două structuri calitative diferite. Pentru punerea în evidenţă a subgrupelor, avem nevoe de seruri imunizante anti-A, fapt ce îngreuiază cercetarea medico-legală.

Din cele expuse reese în mod evident că medicina legală dispune de numeroase metode şi atunci când se vor putea aplica mai multe deodată, vom oferi justiţiei cele mai serioase garanţii de echitate şi posibilitatea unei juste dovediri a paternităţii,

Serviciul neuropsihiatric al Spitalului Diciosânmărtin.

Câteva date noi asupra tratamentului epilepsiei

de **Dr. Mareş Cahane.**

Nu putem vorbi despre tratamentul epilepsiei fără să atingem în rezumat cunoştinţele noastre asupra etio-patogenia acestei boli.

In primul rând trebue să lămurim faptul că nu ne ocupăm de cazurile de epilepsie a căror cauză este bine cunoscută (tumoare. traumatism cranian, infecţie sifilitică etc.) dar ne vom ocupa de epilepsia zisă esenţială. Trebue să subliniem că epilepsia genuină sau esenţială recunoaşte una sau mai multe cauze care nu sunt evidente, de aici şi dificultatea tratamentului.

O primă cauză etiologică este hereditatea. Echeneria la un număr de 136 epileptici căsătoriţi cari au avut 533 desc. numai 78 devin epileptici. Thom la 138 epileptici cu 533 descendenţi găseşte numai 10 epileptici, deci 1,8%. Date asemănătoare precum şi alte boli nervoase în antecedente au fost aduse de Popof, Déjèrine, Musset etc. Eu însumi pe o statistică recentă am găsit la 35 epileptici, 50% antecedente încărcate. In afară de infecţia sifilitică transmisă de părinţi (Baboneix şi David), Piere Marie a arătat însemnătatea infecţiunilor în general: frigurile palustre, tusea convulsivă, gripa, febra tifoidă etc. Recent am examinat 2 epileptici cari în urma febrei tifoide prezintă aceasta boală. O infecţiune importantă şi răspândită acuma este encefalita letargică care ar determina epilepsia printr'un proces inflamator encefalitic.

In ce priveşte intoxicaţiunile s'a exagerat prea mult influenţa alcoolismului la părinţi nealcoolici în momentul concepţiunei ca descendenţii să fie comiţiali. De asemenea s'a încriminat că traumatismul cranian în timpul facerii sau epoca fragedă ar avea un rol însemnat.

Cum cele mai multe leziuni anatomo-patologice sunt secundare acceselor epileptice, majoritatea autorilor au găsit că excitabilitatea centrilor nervoşi poate fi determinată de un factor local dar este

strâns legată de metabolismul general, de compoziţia fizico-chimică a ţesuturilor şi humorilor.

Studiul biochimic al sângelui n'a dat însă explicarea patogenetică, iar diferitele substanţe convulsivante n'au fost confirmate. Astfel s'a acordat ureei un rol important (Jackson). Intr'o lucrare recentă am putut arăta că pe un număr de 12 epileptici ureea din sânge a variat între 0,30 şi 0,82% cu o mijlocie de 0,43 şi în lichidul cefalorachidian a variat între 0,22 şi 0,52% cu o mijlocie de 0,35%. Numai în două cazuri am avut cifre mai mari de uree în sânge 0,82 şi 0,76%. Modificarea cifrei de uree este secundară accesului şi ar fi în legătură cu aparatul renal.

Sunt însă câteva date asupra cărora merită să ne oprim. Astfel Maria Parhon a găsit o scădere a calciului din sânge la bolnavi epileptici. Iarboev (1919) a observat că sângele epilepticilor prezintă o tendinţă la alcaloză înaintea apariţiei acceselor convulsive după care urmează o periodă de acidoză postaccesuală. In legătură cu aceasta trebue să amintim de cercetările lui Bigwood după care alcaloza constituie cauza principală a hyperexcitalităţii celulare care ar determina accidentele convulsive la epileptici. Hiperalcalinitatea sângelui ar face să scadă calciul ionizat din sânge care ar fi cauza convulsiunilor. Parhon şi Cahane, Parhon şi Ornstein n'au găsit o modificare însemnată a calciumrachiei. Deasemenea trebue să subliniem importantele contribuţii ale lui Ballif şi Reznic, Ballif şi Gerscovici, cari arată că la epileptici în perioada interaccesuală şi imediat înaintea accesului nu se observă nici o modificare a rezervei alcaline, după acces rezerva alcalină scade în medie cu 16,3 vol. % datorită acidului lactic rezultat din contracţiunile musculare tonico-clonice. De asemenea studiul Ph-lui sanguin şi a calciului ionizat nu concordă cu datele lui Bigwood. O altă ideie patogenetică a fost susţinută atât de Marinescu, cât şi de Mendez, că epilepsia ar intra în cadrul fenomenelor anafilactice, în sprijinul acestei ipoteze nu s'au adus date importante de autori. Buscaine găsind în tiroidele bolnavilor de epilepsie caloid bazofil şi mai ales cristali octaedrici de natură proteică, s'a gândit că origina atacurilor anafilactice ar fi de natură tirodiană. Dl Prof. Parhon şi D-na Alice Rădulescu au putut arăta că aceste modificări se datoresc emoragiilor intrafoliculare determinate de accese.

Unele modificări ale glandelor endocrine au fost găsite la coniţiali. Astfel Buscaine găseşte un factor ipotiroidian, fapt ce a fost afirmat de Parhon şi elevii săi: Lundberg, A. Marie, Bisgaord şi Noersig, Parhon etc. invocă în unele cazuri o insuficienţă a func-

ţiunei paratiroidiene. Perrin şi Richard au publicat unele cazuri unde găsim turburări pluriglandulare mai ales dis-sau ipovarie. Se cunosc frequenţa acceselor epileptice în legătură cu menstruaţia deasemenea cu apariţia regulelor cât şi instalarea menopauzei.

O glandă importantă ar fi ipofiza (Mackman, Johnston şi Heniger, Tucker) mecanismul prin care ar interveni nu este clarificat.

Datele asupra modificărilor echilibrului vegetativ simpatic-parasimpatic nu sunt nici ele concludente.

Migrena, care s'ar datori unui spasm vascular şi care a fost pusă de unii autori alături de epilepsie, s'ar găsi la descendenţii epilepticilor în 24% din cazuri (Déjèrine.)

Plecând dela constatările de mai sus asupra importanţei alcelozei am încercat să vedem dacă frequenţa acceselor se modifică după un tratament alcalizant, astfel am administrat de 3 ori pe zi câte un gr. de Bicarbonat de Sodiu. Dăm tabloul alăturat cu Nr. acceselor lunare.

Nr.	Numele	Fără tratament		Cu tratament	Fără tratamen	
		I	II	III	IV	V
1.	P. J.	3	8	2	4	5
2.	K. L.	14	4	20	6	18
3.	D. A.	4	3	1	7	3
4.	S. K.	6	2	6	15	3
5.	G. G.	1	1	0	0	4
6.	K. A.	0	2	5	1	6

In cazurile noastre fără îndoială că am realizat o stare de alcaloză în interval de o lună administrând zilnic 3 gr. de Bicarbonat de sodiu, fiindcă Reznic după ingerarea de 5 gr. din aceeaş substanţă constată că după 1 oră rezerva alcalină din sânge creşte, iar urina devine alcalină. Totuş în majoritatea cazurilor n'am constatat o agravare a Nr. acceselor, numai în cazul 2 şi 6, în luna respectivă avem accese comiţiale mai frequente. Ceeace înseamnă că alcaloza nu este condiţie necesară şi se explică controversele dintre autori asemănătoare mecanizmului patogenic al accesului de tetanie. Este însă posibil ca într'un număr de cazuri de epilepsie aceasta modificare fizico-chimică a sângelui să intervie.

In aceeaş ordine de idei ne-am propus să vedem dacă acidificarea mediului sanguin micşorează numărul acceselor. In acest scop am administrat soluţie oficinală de acid clorhidric, sol. acid citric 10‰, sol. acid. lactic 10‰, câte 5 linguri pe zi timp de o lună.

Dăm tabloul de mai jos

Nr. acceselor lunare.

Nr.	Numele	Fără tratament		Acid lactic	Fără tratament	
		I	II	III	IV	V
1.	S. M.	8	8	7	11	9
2.	C. A.	24	19	47	31	29
				Acid clorhidric 1‰		
3.	S. A.	8	14	17	26	16
				Acid citric		
4.	V. A.	18	11	19	25	11

Din citirea tabloului vedem că rezultatele nu m'au încurajat să-l încerc pe o scară mai largă.

Este locul să amintim că un număr de autori americani au tratat cu succes şi au obţinut chiar vindecări în epilepsia infantilă cu un regim acidifiant cetogen. In regimul cetogen elementul activ din alimente (grăsimi, unt etc.) ar fi acidul aceto-acetic şi sarea sodică corespunzătoare cari sunt în stare să previe experimental convulsiunile la epure.

Intrebuinţând aceasta dietă cetogenă 10 ani, doui autori americani Henry F. Helmholz şi Hadow M. Keith ne dau o statistică pe un număr de 369 pacienţi. Din acest număr autorii exclud 51 bolnavi cu epilepsie simptomatică la care tratamentul nu dă rezultate aşa de bune ca în epilepsia esenţială. Pentru a ne da rezultate cât mai exacte autorii mai exclud 42 pacienţi cari au urmat regimul numai un an, 89 cari n'au urmat dieta regulat şi încă 27 pentru alte diferite cauze. Rămâne un grup de 169 bolnavi pe cari ne putem baza în datele statistice. Dintre aceştia 36 la % au fost vindecaţi, 21% numai ameliorati şi 43% la cari nu se observă vreo ameliorare apreciabilă.

Autorii amintesc că subiecţii aparent vindecaţi pot prezinta din nou accidente câţiva ani după încetarea dietei şi este deci indispensabil să se reînceapă cura. Autorii găsesc că tratamentul astfel aplicat este superior încercării altor corpi cetonici şi curei de deshidratare care urmăreşte acelaş scop.

Feterman şi Kumin căutând să verifice acţiunea deshidratării la 21 epileptici au găsit că are o influenţă minimă asupra cursului boalei, iar acest regim este mai deficil acceptat din partea bolnavului decât regimul cetogen. Poate da rezultate mai bune asociat cu dieta cetogenă.

Sub conducerea şi în serviciul lui Pagniez, B. Dupeux aplică regimul cetogen la 8 pacienţi. Autorii au avut ingenioasa idee de a

alcătui un tablou care ne dă în raport cu greutatea corpului cantităţile respective de alimente pentru regimul cetogen care se bazează pe reducerea maximă a hidraţilor de cărbuni şi creşterea considerabilă a grăsimilor. Rezultate bune s'au obţinut mai ales la copii.

Un alt medicament încercat în ultimul timp este acetil-cholina. Raţiunea întrebuinţării a fost rolul vazodilatator al acestei substanţe. Se ştie că unii autori susţin că accesul comiţial ar fi determinat de o vazoconstricţie, un spasm al vaselor cerebrale. Acest tratament încercat de Gennes, Louyot etc. a dat rezultate bune mai ales în răul epileptic. Pagniez şi alţii autori n'au putut confirma aceste rezultate. Eu am încercat acest tratament la 4 bolnavi, la unul am făcut 9 injecţii, la altul 8 injecţii şi la alţi 2 bolnavi câte 4 injecţii, în două cazuri n'am obţinut nici o modificare, chiar în unul din cazuri numărul acceselor a crescut. In alte două cazuri am obţinut rezultate mai bune. Rezultate mai bune am obţinut mai ales în starea de rău cu accese subintrante.

Una din intervenţiile care ar fi dat rezultate bune este operaţia descrisă şi aplicată de Dandy, numită ventriculografia. Aceasta operaţie prin trepanarea în regiunea occipitală 2,5—3 cm. departe de linia mediană şi 2,5—7 cm. deasupra inionului, urmăreşte să introducă o cantitate de aer în ventricul pentru a face mai vizibil pe plăcile radiografice relieful tumoarei cerebrale şi localizarea ei după cum o anumită porţiune din ventriculul lateral nu este vizibil. Ventriculografia se face în mod curent în orice tumeare cerebrală însă a fost utilizată şi pentru tratamentul epilepsiei. (Dandy, Frazer, Elsberg, Deery, Grant şi Adsen.) După Penfield insuflaţia de aer în ventriculi ar determina în aceste cazuri o rupere a aderenţelor, iar după Clovis Vincent orificiile stenozante ar fi dilatate, uşurând circulaţia şi rezorbţia lichidului cefalo-rachidian.

La noi Bagdasar a practicat după metoda lui Dandy pneumoventriculografia la 27 epileptici.

In unele cazuri rezultatele au fost favorabile, astfel accesele au fost suprimate după injecţie pentru a reapare mai târziu. In 3 cazuri rezultatele au fost mai bune, bolnavii care prezentau între 11 şi 45 accese pe zi n'au mai prezentat nici un acces într'un interval de 15 până la 55 zile după introducerea de aer în vetricul.

Introducerea de aer în ventricul s'a făcut şi fără trepanaţia craniului, prin punctia suboccipitală şi chiar pe cale lombară. Tehnica pusă recent la punct de Laruelle a fost întrebuinţată mai înainte de Pilez care a obţinut oarecare rezultate bune la copii cu hidrocefalie şi accese comiţiale.

Deasemenea Benedek şi Thurzo au instituit acelaş tratament cu succes la bolnavii postencefalitici care prezentau accese epileptice, rezultate mai puţin favorabile au fost notate în epilepsia esenţială. Eu însumi fără a cunoaşte tehnica lui Laruelle şi rezultatele obţinute de autorii de mai sus am practicat insuflaţia ventriculară pe cale suboccipitală în numeroase cazuri de epilepsie din anul 1930. Tehnica ce am întrebuinţat-o se mărginea la o punctie suboccipitală scoţând 15—20 cm. lichid cefalo-rachidian după care introduceam cu o seringă de 20 cm, 15 până la 20 cm^3 de aer. In cele mai multe cazuri în primele 2 ore bolnavii se plângeau de cefalee mai ales frontală, iar în unele cazuri s'a putut constata o ridicare termică până la 38,5° însă trecătoare.

Dăm tabloul de bolnavi ce au putut fi urmăriţi mai mult timp.

Numărul acceselor lunare:

Nr.	Numele	Fără tratament		Cu tratament		Fără tratament	
1.	A. B.	—	—	7	14	12	11
2.	M. L.	26		32	25	20	21
3.	P. I.	5		4	4	5	3
4.	P. F.	2		2	5	6	5
5.	F. D.	12		22	13	15	12
6.	K. L.	6		13	0	21	9
7.	S. K.	8		7	8	12	1
8.	D. A.	0		1	2	5	4
9.	S. M.	8		12	8	4	4
10.	H. I.			2	3	0	4

Din cetirea tabloului observăm rezultate variabile. Numai în cazurile 4, 6, 8 ar fi unele ameliorări. Trebue să ţinem seamă că aceşti bolnavi sunt cronici, mulţi dintre ei prezentau de acum o demenţă epileptică. La unii bolnavi ambulanţi am obţinut rezultate mai bune şi starea fizică s'a ameliorat. De altfel şi R. Mayer după acelaş tratament obţine o stimulare a funcţiunilor vegetative cu o creştere a greutăţii la sugarii debili.

Recent Paulian şi Sfinţescu au obţinut o rărire a acceselor şi chiar au dispărut complect; astfel într'un caz accesele au dispărut după 5 insuflaţii făcute la interval de câteva luni, în alt caz după două insuflaţii, în fine în alte cazuri accesele mari au dispărut nelăsând decât absenţe pasagere.

Am redat în rezumat datele noui, asupra tratamentului epilepsiei; care este atitudinea ce trebue s'o adoptăm faţă de un bolnav cu epilepsie?

Multiplicitatea cauzelor şi mai ales faptul că bolnavul vine cu boala constituită de cele mai multe ori leziuni inflamatorii cerebrale ce nu se mai constată din analizele humorilor, ne obligă să cercetăm mecanismul patogenic în cazul dat. Astfel după anamneza minuţioasă a antecedentelor unde ne vom informa asupra boalelor infecţioase de care a suferit pacientul vom căuta urmele acestora în analizele de lichid cefalo-rachidian şi sânge. De asemenea vom practica radiografia craniană. Va trebui să cunoaştem metabolismul calciului şi rezerva alcalină.

Cum convulsiunile clonice recunosc o origine corticală şi cele tonice una subcorticală, iar leziunile nervoase consecutive acceselor duc la agravarea boalei şi chiar la demenţa epileptică, se impune un calmant al iperexcitabilităţii acestor centrii. Deci în orice tratament ce se aplică epilepsiei nu trebue să lipsească agentul ce lucrează local. Cel mai indicat rămâne fenil etilmalonilurea sau derivaţii acesteia. Cu dozele de 0,10 gr., seara la culcare am obţinut rezultate mulţumitoare. Este locul să mulţumim casei Frideric Spodheim care ne-a pus la dispoziţie o cantitate mai mare de Sevenal „chinoin".

In acelaş timp dacă găsim modificări ale metabolismului general vom administra săruri de calciu, regim cetogen etc. De asemenea vom căuta dacă nu sunt turburări ale glandelor cu secreţie internă. La femei în special vom avea în vedere mai ales funcţia ovariană ce va trebui corectată. In acelaş timp se va putea încerca tratamentul cu injecţiile de aer intraventriculare care dau în unele cazuri rezultate bune.

Tratamentul răului epileptic se va face prin săruri de calciu injectate intravenos, acetil cholină şi puncţii lombare repetate sau mai bine puncţii suboccipitale.

Bibliografie.

1. Bagdasar. Com. la Cong. Rom. de Neur. Psich. 1931.

2. Bigwood E. J. C. R. Soc. Biol. 1923. Jour. de Physiol et Path. No. 1, 1924.

3. Cahane M. La ponction sousoccipitale dans la pratique neuro-psychiatrique. Jour. de N. et Psy. No. 2, 1933. Com. la Congresul Român de Neur. Ps., Psycs. et Endo. 1930.

4. Dandy W. E. The space compensating function of cerebrospinal fluid, its connection with cerebral lesions in epilepsy. J. Hopk. Hosp. Bullt. 1923, XXXIV, 245—251.

5. Dupeux B. Le régime cetogen dans l'épilepsie. Thèse, Vegat Editem 1833.

6. Feterman J. and Kumin H. The Jour. of the Americ. Med. Assoc. Nr. 13—1933.

7. Gennes (L. de). Le traitement de l'état de mal épileptique par l'acetyl choline. Soc. Med. des Hopitaux. Nov. 1932.

BIBLIOTECA CENTRALA „ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

8. Helmholz H. T. and Keith H. M. Archives of Neur. and Psych. Nr. 4, 1933, Chicago.

9. Laruelle L. Le répérage des ventricules cerbeaux par un procédé de routine. Presse Méd. Nr. 102—1931.

10. Lougot M. P. Spasmes cérébraux et acetyl choline. Soc. de Med. de Nancy Nov.—Dec. 1932.

11. Parhon C. C. Epilepsia 1922. Edit. Viața Românească.

12. Parhon C. C. et Cahane M. Sur le traitement de l'epilepsie par les sels de calcium. Bullt. de la Soc. Roum. de N., P., Ps. et Endo Nr. 2—1925.

13. Parhon C. C. et Cahane M. Bullt. de la Soc. Roum. de N., P., Ps. et Endo. III-e Annee Nr. 1—1926.

14. Paulian și Sfințescu S. Reperajul ventricular. Al V-lea Congres Național de Chirurgie 1934.

15. Reznic A. Contribuțiuni la studiul echilibrului acido-bazic. Teză. 1927.

Nou!

Octinum

(Metiloctenilamină)

«Knoll»

Spasmolitic şi analgetic la dureri provenite din spasme

Indicaţiuni:

Stări spastice ale regiunii gastro-intestinale superioare,

ulcer al stomacului şi duodenului,

spasme — urmări ale unor operaţii gastro-intestinale anterioare,

gastralgii din hipersecreţiune (pentru înlocuirea terapiei alcaline),

spasme ale căilor biliare, renale şi vezicale,

constipaţiuni spastice,

dismenoree spastică.

Ambalaje originale:

Tablete à 0,15 gr. (Octinum bitartaric)
Tuburi cu 10 bucăţi.

Lichid (soluţie 10 % de Octinum hidrocloric)
Sticle cu 10 gr.

Fiole à 1,1 cm^3
(1 cm^3 conţine 0,1 gr. Octinum hidrocloric)
Cutii cu 5 bucăţi.

Dosaj:

De 3 ori pe zi 1 tabletă sau 15–20 picături; la nevoe doze duble. — Se va lua cu nu prea puţin lichid. — Subcutanat de 2–3 ori pe zi 1/2–1 fiolă, intramuscular de 2–3 ori pe zi 1/2 fiolă.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, Ludwigshafen/Rin.

Reprezentanţă şi Depozit:
M. Tatarsky, Str. Isvor 43 bis, Bucureşti VI.

KLIMAKTON

KLIMAKTON

«Knoll»

are efect cauzal și simptomatic împotriva

tulburărilor menopauzei

ca bufeurile de căldură, stările de excitație, sudațiunile profuze, durerile de cap, insomnia, etc.

Rp. Dragee Klimakton «Knoll»
Ambalaj original cu 20 bucăți
Ambalaj original cu 50 bucăți

De 3 ori pe zi 1-2 dragee.
Adesea sunt de ajuns și 2 dragee pro die.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, Ludwigshafen/Rin.
Reprezentanță și Depozit: M. Tatarsky, Str. Isvor 43 bis, București VI.

Biofiziologia aeronavigaţiei

de Medic Maior **Dr. Od. Apostol,**
Medic şef al flotilei de aviaţie de gardă.

Desvoltarea uimitor de rapidă a aeronauticei, reclamă studiul problemei adaptării omului la condiţiunile pe care le impune acest progres.

Problema are două aspecte:

I. **Primul aspect,** pe care l-am denumit BIOFIZIOLOGIC şi care cuprinde studiul posibilităţilor biofiziologice ale organismului, pentru *adaptare* la:

1. *viteză;* 2. *schimbările de înălţime, de viteză şi direcţie,* în raport cu *presiunea* atmosferică, cu condiţia *igrotermică* şi *compoziţia* aerului şi al

II. **Aspectul al doilea: psihofiziologic,** care cuprinde studiul: 1. **percepţiei lumei exterioare** în raport cu:

a) *viteza;* b) *altitudinea;* c) cu *schimbări repezi* ale poziţiei în spaţiu; 2. *mecanismului regulator* al echilibrului; 3. *reacţiunilor emotive;* 4. *capacităţii inhibitoare;* 5. *oboselei* etc.

Aspectul psihofiziologic va face obiectul altei comunicări.

Rezolvarea problemei enunţate e foarte grea. Pretinde numeroase observaţiuni, cele mai multe trebue *făcute în sbor,* nu în laborator, chiar de cel care întreprinde studiul.

* * *

In ceiace priveşte RESPIRAŢIA şi ÎNĂLŢIMEA, studiile lui Angelo *Mosso* şi a succesorului său la catedra dela *Torino, A. Herlitzka,* sunt foarte importante.

Doctrina acapniei, mult combătută, dar azi mai mult ca oricând susţinută şi complectată cu studiile originale ale lui *Talenti,* elev al lui Herlitzka, au dat posibilitatea tehnică lui *Donati,* să bată recordul de înălţime cu avionul: 14.433 m.

Se pune întrebarea: *care sunt oare limitele biofiziologice, din acest punct de vedere, pe care le poate atinge un pilot de avion?*

Aerul pe care-l respirăm este la diferite altitudini, aproape uniform din punct de vedere al compoziţiei centezimale:

20,93% Oxigen

0,03—0,04% CO.

Presiunea gazelor componente, după legea lui *Dalton*, este direct proporţională cu procentualitatea lor în amestec.

Situaţia aceasta fizică este alterată prin prezenţa în amestec al unor vapori de solid sau lichid oarecare. Presiunea oxigenului din aerul inspirat este la 37° C. (temperatura corpului) de 47 mm. Hg, independent de presiunea atmosferică.

La o înălţime de peste 19.000 m. unde presiunea atmosferică e redusă la 50 de mm. de Hg, chiar dacă se administrează aviatorului oxigen cu inhalatorul automat, presiunea atmosferică se egalează cu presiunea vaporilor de apă saturaţi, conţinuţi în alveolele pulmonare şi nu poate pătrunde alt gaz. Când presiunea atmosferică scade până la tensiunea vaporilor de apă saturaţi pentru temperatura corpului, lichidele organismului intră în *ebuliţie*. La această înălţime aviatorul moare.

La înălţime mare se mai observă un fenomen: Respirăm foarte puţin. Volumul de aer, respirat pe minut e drept că creşte, dar diminuă densitatea aerului. Tensiunea parţială a oxigenului din aer şi viteza de absorbţie scad. Ele sunt proporţionale cu excesul de tensiune al oxigenului aerului alveolar asupra tensiunei oxigenului în sângele pulmonar.

In plămâni procentul de oxigen e mult mai mic decât aerul extern 14,6, iar tensiunea parţială 104 mm. La 10.000 scade la 26 mm.

Se înţelege uşor că nu numai aparatul respirator luptă să se adapteze imediat cu mediul în care sboară, atât de repede variabil, ci întregul organism.

La anumită înălţime cantitatea de oxigen absorbită e sub cantitatea necesară organismului.

Ventilaţia pulmonară, coeficientul respirator $\frac{CO_2}{O_2}$ şi schimburile, se modifică începând cu zona critică fiziologică pentru aeronavigant, zonă socotită la 3500 m. altitudine de unii, 4500 şi 5000 pentru alţii.

Când e vorba de sforţări musculare, de acrobaţii aeriene, de exerciţii de bombardament, sbor de noapte, luptă aeriană, zona critică trebue socotită la 3500 m.

Studiile lui *Barcroft, Hallion, Herlitzka, Hill, Mosso* şi *Tissot* sunt foarte importante şi trebue consultate de orice medic al aeronauticei. Faţă de asfixia observată dincolo de zona critică, organismul aeronavigantului se apără prin:

1. *ipereritrocitemie*, după cum au demonstrat *Barcroft, Binet, Gemelli, Strohl, Zuntz* etc. Chestiunea am expus-o mai pe larg în lucrarea mea „Hypsipetopathia", publicată în „Mişcarea medicală română" din 1933;

2. prin creşterea *ventilaţiei* pulmonare în proporţie importantă, în aşa fel că reduce scăderea tensiunei parţiale a oxigenului în alveolele pulmonare.

Talenti a constatat că la 10.000 m. tensiunea alveolară a oxigenului e de 96 mm. Hg puţin inferioară aceleia la nivelul mării; la altitudinea de 12.540 m. e de 42,8; la 13.300 m. tensiunea aceasta scade la 32 mm., iar la 16.000 m., teoretic ea scade la zero.

Prin oxigenul furnizat de aparatele inhalatoare, nu se obţine compensaţie respiratorie, deoarece diminuarea CO din sânge şi pulmoni, determinând o insuficientă excitaţie a centrilor respiratorii, avem drept consecinţă, un desechilibru al autoregulării ventilaţiei pulmonare.

Iată puse alături cele 2 teorii: *a anoxiemiei* şi *a acapniei.*

Graţie mecanismului compensator, deşi există o eliminare exagerată a anhidridei carbonice din sânge, raportul $\frac{CO^3\ H_2}{CO_3\ Na\ H}$ rămâne constant, pH sanguin (7,4—7,5) nu se modifică, urina e alcalică, puterea de tampon a sângelui rămâne constantă.

Barcroft, Bock, Binger, Beyne, Henderson, Haggard şi Monge cred că echilibrul acidobasic al sângelui înclină spre alcalosă gazoasă compensată.

Beyne în lucrarea sa: „*Les troubles provoqués dans l'organisme humaine par la navigation aèrienne aux grandes altitudes*", („Annales de physiol. et de physiochimie biologique", vol. I, No. 3, 1934), arată că în sborul de înălţime, se observă pe lângă rigiditate musculară, contracture, crampe dureroase şi acidoză. Se pare, că e vorba însă, de o predispoziţie individuală. *Binet şi Collazzo* au arătat că asfixia produce acid lactic, că acest acid creşte în sânge, proporţional cu creşterea presiunei.

După cercetările lui *Beyne*, scăderea tensiunei anhidridei carbonice, e un fenomen constant la înălţimi mari şi e proporţională cu altitudinea. Scăderea tensiunei anhidridei carbonice determină desechilibrul acidobazic al sângelui şi reducerea ventilaţiei pulmonare.

Beyne, Bouckaert, Dautrebrand, Heymans, au arătat că:

1. *anoxiemia şi ridicarea procentuală a CO_2 circulant în sânge determină o iperventilaţie.*

2. *Scăderea procentuală a CO_2 în sânge, circulant determină o ipoventilaţie.*

Chestiunea e complexă şi mai pretinde cercetări experimentale. Am opiniat şi opiniez încă, necesitatea de a se face atari cercetări în sbor, în avioane mari, cu cabine prevăzute cu aparatele necesare, nu numai în laborator sau numai în camere pneumatice.

Se pun următoarele întrebări:

a) *Care e cantitatea de oxigen necesară să restabilească la diferite înălţimi tensiunea parţială a oxigenului şi deci să permită aeronavigaţilor* să urce până la înălţimi foarte mari; şi

b) *Care e cantitatea de anhidridă carbonică necesară să restabilească la diferite înălţimi tensiunea parţială a anhidridei carbonice şi deci să permită aeronavigaţilor să învingă presiunea atmosferică acolo unde se pare că viaţa e imposibilă.*

Un aparat de oxigen inhalator trebue să dea:

la 4000 m.	140	l oxigen la oră;
la 10.000 m. . . .	275—350	l „ „ „
la 12.000 m. . . .	370	l „ „ „

Germanii pretind că trebue:

650 l oxigen pe oră la 6000 m.;
1300 l „ „ „ „ 9000 m.;
1750 l „ „ „ „ 11.000 m.

Se pare că aceste cifre sunt exagerate.

In medie se cere 50% oxigen din aerul de respirat, ca să fie suficient din punct de vedere fiziologic.

Dacă media trece de 60% avem o ambianţă supraoxigenată, situaţie, care după cercetările lui *Achard, Binet şi Leblanc,* produce turburări vasomotorii, epigastralgii, sincope, etc., prin predominenţa simpaticului asupra vagului; uneori şi moarte prin azotemie brutală rapidă, după cum a demostrat *Bounhiol.* Oxigenul dealtfel nu lucrează prin cantitate ci prin tensiunea sa.

Agazzotti în 1906 supunându-se unor experienţe, a suportat fără prea mare greutate, rarefacţia aerului corespunzătoare altitudinei de 15.582 m., presiunea echivalentă fiind de 122 mm. de Hg.

A suportat această experienţă datorită faptului că a respirat un amestec de 67% de oxigen + 12,7% CO_2+20,3% Az.

Intr'o altă experienţă a suportat, inhalând acelaş amestec de mai sus, o presiune atmosferică de 95 mm. de Hg., corespunzătoare altitudinei de 15.000 m.

Margaria a arătat că la pr. atm. de 65 mm., corespunzătoare altitudinei de 17.000 m., amestecul de mai sus este salvator.

Toate experienţele tind să arate că un amestec de oxigen cu mici cantităţi de anhidridă carbonică e foarte eficace.

Inhalatoarele pentru aviatori, care sboară la înălțime mare, trebue să dea după *Henderson, Margaria* și *Talenti* un amestec de CO_2 în oxigen 7%, iar după *Beyne* și *Garsaux* numai 1,8%.

Problema e, să ai la dispoziție un aparat care să funcționeze perfect și să-ți dea la înălțimile necesare amestecul eficace.

Herlitzka pretinde că pilotul în felul acesta poate ajunge la 16.000 m.

Marshall pretinde că limita de siguranță biofiziologică ar fi 14.000 m. înălțimea de 15.000 m. trebue atinsă numai și apoi imediat trebue să urmeze coborârea.

Herlitzka stabilește înălțimea maximă 13.000 m.

Marshall și Flack sfătuesc să nu se sboare fără inhalator de oxigen peste 5000 m.

Noi, am făcut 2 sboruri la 6000 m. fără aparat de oxigen. Aceste sboruri vor face obiectul unor alte comunicări medicoaeronautice.

Dăm mai jos și două tablouri: unul după *Beyne* (I) și celalt după *Brichambaut* (II) ca o complectare a acestui capitol al lucrărei noastre:

Tabel I. (Beyne).

Alt. în m.	Pres. atm. în mm. Hg.	Tensiunea oxigenului
La niv. mărei	760	159,6 sau 21% din atm.
1000	674,1	141,5 „ 18,7% „ „
5000	405	85,5 „ 11,18% „ „
10 mii	217	45,5 „ 5,9% „ „

Tabel II. (Brichambaut).

Alt. în m.	Pr. atm. în mm. Hg.	Oxigen p. pres. de 760 mm. de Hg. la %	Oxigen în sânge la %
2500	560	15,4	17,4
4000	450	12,4	15,9
6000	340	9,3	12
8000	250	6,9	9,9

* * *

Problema *vitezei* de ascensiune şi de coborâre cu avionul, privită şi din punct de vedere biofiziologic, merită atenţiunea noastră. Pilotul e nevoit adesea să atingă o înălţime mare într'o durată de timp foarte scurtă şi deasemenea să pice şi să aterizeze cu o viteză extraordinară. Până în prezent s'a ajuns ca un pilot să atingă 4000 m. înălţime în 7 minute.

In unele cazuri, afirmă *Marshall* şi să nu vi se pară exagerat, se atinge la picaje, viteza de 10.000 m. pe minut, fără turburări fiziologice extraordinare.

Rezolvarea acestei probleme impune intervenţia matematicei.

Expresia matematică a vitezei absolut uniforme este

(1) $V=\frac{S}{t}$, spaţiu = S; t = timpul

(2) $F=\frac{MV^2}{R}$ este expresia matematică a forţei centrifuge. M = este masa; V = viteza; R = raza

(3) P = M. g este expresia matematică a greutăţii. M = masa; g = gravitatea = 9,80 pentru Bucureşti.

Formula (1) nu se aplică în aviaţie căci V, în sbor, nu-i uniformă. In cursul sborului cu avionul sunt alternante de accelerări şi încetiniri. Pilotul stând nemişcat pe scaunul său, corpul său e supus acţiunei atmosferei şi a avionului, pe care trebue să-l simtă în orice clipă.

Sensibilitatea presiunei în aviaţie a pus-o în evidenţă *Flamme* printr'un aparat ingenios denumit *barestesiograf.*

Din formulele 1, 2, 3 rezultă în sbor:

(4) $F. = \frac{PV^2}{G. R.}$

Raportul $\frac{V^2}{R}$ are în sbor tendinţa să varieze cu atât mai repede, cu cât V creşte când R. se măreşte. V fiind maximum în zbor în linie dreaptă, $R = \infty$

Cu cât R e mai scurtă, cu atât $\frac{V^2}{R}$ creşte în valoare absolută.

Forţa centrifugă este cu atât mai puternică, cu cât la viteza egală, avionul descrie curbe cu raze din ce în ce mai mici.

In clipa t avem în cazul unui început de looping:

(5) $P_1 = P. \left(1 + \frac{V_2}{G. R.}\right)$

iar t' (6) $P_2 = P \left(1 + \frac{V^2}{G. R.}\right)$

în clipa t' — t (7) $M = \left(\frac{V'^2}{R'} - \frac{V^2}{R}\right) \times \frac{1}{t' - t}$;

când t' — t = o (7) tinde spre ∞

Cu barestesiograful său, *Flamme*, arată că din punct de vedere barestezic, corpul pilotului, rămâne insensibil la viteză cu condiția ca V să fie uniformă, dar e sensibil la remons-uri, decolare, aterizare și că în looping se observă un veritabil șoc, denumit de *Flamme* „*șoc aerian*" și pe care piloții îl simt adesea în acrobație.

Șocul aerian e pus în evidență și prin raționamentul matematic exprimat prin formula (7).

Dacă un pilot face cu avionul o mișcare curvilinie, încă dela începutul mișcărei simte forța centrifugă a cărei expresie este cea (2).

Diferența rapidă între 2 valori foarte apropiate în timp, a forței centrifuge, reprezintă adevăratul șoc aerian.

Luând în considerare (3) și (2) P=greutatea pilotului avem:

(8) $F = \frac{P.V.}{g.R.}$ V. și R. foarte variabile în sbor.

In carlinga avionului se întâmplă ca P (=greutatea pilotului) să se multiplice în fiecare clipă cu:

(9) $1 + \frac{V_2}{g.R.}$ care se adaugă forței centrifuge.

In cazul manevrei de pilotaj, denumită în limbajul aviatic „ressource" sau în cazul de început de looping, dacă însemnăm cu V viteza, cu R raza traectorii la începutul sborului și V' și R' valorile respective în timpul redresării avionului, putem exprima în clipele t' și t, presiunea datorită greutății pilotului pe scaunul său din avion, prin formulele matematice:

(10) $P_1 \longrightarrow P\left(\frac{1+V_2}{g.R.}\right)$ în clipa t

(11) $P_2 \longrightarrow P\left(\frac{1+V'^2}{g.R'}\right)$ în clipa t'

Deci aci rezultă formula (7).

Pentru o mai clară expiicare a problemei, luăm un caz normal și real.

Să presupunem că un avion Pottez sau SET, cu care facem noi zboruri de experiență, e condus de un pilot de 92 Kgr. greutate (cu costumul de sbor și parașuta asupra lui).

La un sbor în linie dreaptă viteza avionului fiind 50 m. pe sec., apăsarea pilotului pe scaunul din carlinga sa e de 92 Kgr.

Dacă se face looping, la începutul lui avem înlocuind în formulele (5) și (6) valorile respective avem:

(5) $P_1 = 92\left(1+\frac{2500}{9{,}8\times 100}\right) = 92\times 1{,}254 = 115$ Kgr. 268.

Observaţi!

In timpul t greutatea de apăsare pe scaunul carlingei a crescut dela *92 Kgr.* la *115 Kgr. 268*, deci cu 23 Kgr. 268 mai mult.

Iar la (6):

(6) $P_2 = 92\left(1+\frac{543{,}89}{9{,}8\times 20}\right) = 92\times 3{,}82 = 350$ Kgr. 44.

Observaţi!

In timpul t' imediat după t, greutatea a crescut la 350 Kgr. 44. *Enorm.*

Aeronavigantul exercită asupra scaunului din carlingă o apăsare π variabilă, care e produsul masei M printr'o acceleraţie variabilă γ (în tot cursul sborului).

In loc de (3) vom avea

$$\pi = M\gamma.$$

γ la un viraj de 45^0 devine în 2 secunde = 16,6

„ „ „ „ „ 60^0 bruse devine în 6 sec. = 19,6

„ „ looping devine în 2 sec. = 29,4

Când γ tinde spre zero, aeronavigantul e aruncat de pe scaun.

Coeficientul maxim de securitate fiziologică este după unii $\gamma = 4g = 39{,}2$; pentru alţii 5g; pentru Americani 8g. (enorm!)

Când $\gamma = 12$ g. avem fracturi osoase, leziuni mari viscerale

Variaţiile bruşte ale vitezei influenţează enorm asupra mase sanghine, asupra gâtului şi scheletului.

Un american, în timpul unei acrobaţii a atins $\gamma = 10{,}5$ g. (Extraordinar!) şi nu a suferit turburări prea mari.

Nu am studiat încă sborul pe spate. Ar fi foarte interesant din punct de vedere fiziologic. La viraje bruşte, cu viteza de peste 5 g, aeronavigantul vede negru din cauza ipoirigaţiei sanghine a creerului.

In picaje, unde viteza avionului este foarte mare şi în coborâre în spirală, în afară de fenomenele auriculare, (obiectul unui alt studiu al nostru), nu se constată nimic important deosebit.

E drept că uneori se adaugă fenomene de ordin emotiv şi apnee involuntară, reflexă, foarte scurtă.

Din toată această expunere a noastră asupra vitezei, rezultă *necesitatea alegerei piloţilor aviatori de o rezistenţă biofiziopsihologică deosebită.*

Studiile lui *Anastasiu, Apostol, Behague, Beyne, Cruchet, Diringshofen, Garsaux, Gemelli, Georgian, Gillert, Flack, Hallion şi Tissot, Nepper*, etc., în legătură cu sborul şi reacţiile cardiovasculare, conduc la următoarele concluzii:

1. *Reacţiile cardiovasculare în timpul aeronavigaţiei, nu sunt proporţionale cu înălţimea, ci cu variaţia înălţimei în unitatea de timp indiferent care ar fi sensul unei astfel de variaţiuni;*

2. *Reacţiile vasculare sunt traduse printr'o accelerare a ritmului cardiac şi o ipertensiune arterială.* În cazuri rare există o ipotensiune.

3. *Reacţia cardiovasculară variază în raport cu individul şi cu antrenamentul de sbor ce-l face.*

* * *

Schubert a arătat care sunt fenomenele nervoase ce apar la trecerea rapidă dela o presiune atmosferică la una obicinuită, normală.

Aceste fenomene nervoase sunt: convulsii tonicoclonice, iperexcitabilitatea reflexă, iperactivitatea elementelor nervoase, mărirea capacităţii sensoriale, mai ales a sensaţiilor luminoase (percepţia culorilor şi a contrastelor). Se pare că toate sunt consecutive insuficienţei CO_2.

Bibliografie.

Din lipsă de spaţiu, rugăm pe cei ce vor să se ocupe cu aceste chestiuni să caute datele bibliografice pentru lucrările române şi italiene în:

A) *Dr. O. Apostol.* Index bibliographic amedicinae aeronauticae. Ed. I Fol. 1 1934.

B) *F. Ag. Gemelli.* Le limitazionè fiziologiche e psicofiziologiche del volo in aeroplano. (1935 B. via) precum şi:

1. *Bensaude.* Recherches hèmatologique au cours d'une ascension en ballon. (C. R. Soc. Biol. 1901 t. 53).

2. *Douglas.* The determination of the total oxygen capacity and blood volume at different altitude by the carbon monoid method. (Journ. Of. Physiol. 1910, 40, 472)

3. *Lapicque.* Deux ascension en ballon pour l'ètude de questions physiologique. (C. R. dela Soc. Biol. 1904, t. 56, p. 188).

4. *Schneider.* Med. stud. in aviation. (Journ. A. M. A. 1918, 1384).

Togal

combinaţiune de acid acetylosalicilic, cu chinină şi lithiu este remediul ideal în toate manifestaţiunile dureroase ale

Reumatismului; deasemenea în gută, sciatică, lumbago, nevralgii, migrene, gripă, etc. etc.

Acţiune rapidă şi sigură. Nu provoacă nici un fel de turburare în funcţiunea normală a altor organe ca: stomacul, inima, rinichii, etc.

POSOLOGIE: de 3 ori pe zi câte 2—3 tablete.

Laboratorul de Igienă, Braşov.
Medic Şef Dr. N. Căliman.

Boala lui Bang*)

Extensiunea ei în regiunea Braşov şi judeţele învecinate.

de

Dr. N. Căliman şi **Dr. Elena Bogaton-Radu.**

Primele cazuri de boala lui Bang la om (febră ondulantă, Bruceleza umană) au fost descrise la noi de Dl Dr. T. Turcu în „Clujul Medical" din anul 1932, descriind două cazuri de boala lui Bang la om din comuna Richiş, judeţul Târnava-Mare.

După descrierea acestor cazuri am introdus şi în laboratorul nostru aglutinaţia cu bacilul Bang în toate cazurile unde ni s'a trimis sânge pentru examenul de febră tifoidă şi paratifoidă. In felul acesta cu ajutorul aglutinaţiei am putut face diagnosticul de boala lui Bang la 22 cazuri, din 126 sânge, examinate pentru febră tifoidă şi paratifoidă.

Ştiind, că judeţul Braşov este unul din judeţele cu cele mai multe vaci de lapte, mai ştiind că în judeţ sunt multe cazuri de avort infecţios la vaci şi cunoscând şi faptul, că ţăranul prin cele mai multe locuri consumă laptele neftert, presupuneam că boala lui Bang la om trebuia să fie lăţită mai mult chiar, decât ne arătau cazurile de aglutinaţie, găsite la noi pozitive cu bacilul Bang şi făcute numai la sângele trimise ca suspecte pentru febră tifoidă şi paratifoidă.

Deacea am început cercetări în această direcţie, şi deoarece la luarea de sânge dela sănătoşi, în comunele noastre, întimpinăm greutăţi, am început să facem aglutinaţia cu bacilul Bang la cazurile trimise în laborator pentru reacţia Bordet-Wassermann, ca astfel să avem posibilitatea examinării unui număr mai mare de sânge. Şi aceste cercetări ne-au dus la rezultate suprinzătoare.

Boala lui Bang. Inainte de a comunica rezultatele la care am ajuns noi credem, că e bine să ne ocupăm pe scurt cu boala lui Bang la om, fiind această boală prea puţin cunoscută de medicii

*) Comunicare făcută la congresul de boli infecţioase, ţinut la Craiova.

noştri. Credem, că recunoaşterea acestei boale face, ca medicul să nu se gândească la ea şi astfel să scape foarte multe cazuri din diagnosticul medicului.

Sinonimele boalei lui Bang sunt: febră ondulantă, febră de Malta, febră mediteranee, febră de Gibraltar, Melitecoccie, Bruceloza umană.

Istoric. Prima descriere clinică a boalei a fost făcută de Marston în anul 1863. Marston descrie sub denumirea de febră ondulantă o boală cu o febră, care se caracterizează prin o durată de săptămâni, luni şi chiar ani, prin puseuri ale febrei de 39°—40°, intrerupte acestea de scurte intervale de remisiuni. In decursul febrei, ca simptoame principale ale boalei sunt: splenomegalia, arthralgii, periostite, archite şi la femei mastite şi avort.

Febră ondulantă cu descrierea clinică a lui Marston, era cunoscută numai în ţinuturile sudice ale Europei, de aici denumirea de boală de Malta, de Gibraltar, mediteranee.

In anul 1887 Bruce izolează din sângele bolnavilor cu febră ondulantă un cocobacil pe care-l denumeşte Micrococus Melitensis.

In anul 1905 Zamitt descrie la capre o boală, care provoacă avortul caprelor, iar din sângele caprelor bolnave de această boală izolează un cocobacil identic cu cel izolat de Bruce din sângele bolnavilor de febră ondulantă. Prin această descoperire a lui Zamitt se dovedea că infecţiunea cu febra ondulantă la om se face prin produsele dela capre.

Bang izolează încă în anul 1896 dela vacile bolnave de avort infecţios, o boală cunoscută încă de mult timp la bovidee, un bacil scurt, bacilus avortus Bang.

Miss Alice Evans, Kristensen, Bang, Kling arată după 1918, că cocobacilul lui Bruce, care produce febra ondulantă, cocobacilul lui Zamitt al avortului caprelor şi bacilul Bang al avortului infecţios al vacilor, sunt unul şi acelaşi microorganism. Intre timp se izolează acelaşi bastonaş scurt la avortul infecţios al câinelui, al porcului şi se dovedeşte că toţi aceşti microbi sunt identici.

Fiind stabilită identitatea acestor microbi şi fiind toţi aceşti bacili identici cu cocobacilul lui Bruce, care produce la om febra ondulantă, cunoscută până atunci numai în sudul Europei, trebuia să se presupună, că o infecţiune la om se produce nu numai prin cocobacilul avortului caprelor, ci acest microorganism, care e acelaşi la avortul diferitelor animale, trebue să producă îmbolnăviri şi în alte părţi, unde alte animale suferă de avortul infecţios.

Şi cercetându-se, într'adevăr s'a putut stabili, că febra ondulantă a lui Marston se găseşte nu numai în sudul Europei, ci în toate locurile unde se găseşte avortul infecţios al animalelor cauzat de bacilul lui Bang.

Extensiunea boalei lui Bang. Primul caz de boală la om produs de bacilul descris de Bang la avortul vacilor, a fost descris de Keefer în America de Nord, în anul 1924. El cultivă microbul din sângele astorfel de bolnavi. Miss Evans publică în 1927 din America de Nord 19 cazuri de febră ondulantă, stabilind contaminaţiunea bovină şi porcină a boalei.

Prin introducerea în laboratoare a aglutinaţiei cu bacilul Bang, numărul cazurilor creşte din an în an.

In Statele Unite ale Americei, în anul 1927, sunt cunoscute 217 cazuri, în 1928 deja 649 cazuri; în Germania se anunţă în 1930 cazuri 626, în 1931 cazuri 520 şi 1932 cazuri 498. Se comunică cazuri din Italia, Franţa, Danemarca, Suedia. La noi sunt primele cazuri constatate cele publicate de Dl Dr. Turcu din comuna Richiş în 1932.

Se stabileşte astfel, că febra ondulantă este o boală nu numai a sudului Europei, ci a tuturor ţinuturilor, unde e dată posibilitatea pentru o infecţie cu bacilus abortus sau bacilul lui Bang.

Numărul cazurilor de boala lui Bang creşte în toate ţările. Nu poate fi vorba de o nouă boală, nici de o sensibilizare a omului pentru această boală, după cum se credea de unii, ci de o boală existentă şi până acum şi rămasă medicilor necunoscută ca diagnostic.

Contaminarea. Contaminarea la om se face prin bacilul lui Bang, un bastonaş mic, Gram negativ. Acest microorganism se găseşte în laptele şi produsele de lapte, în urina şi sângele bovideelor, a porcilor, câinilor şi caprelor, cu avort infecţios şi prin acestea se produce contaminarea la om. Laptele de pe piaţă conţine în 10—40% acest microorganism. Incălzirea 5 minute la 80 grade omoară microbul. Contaminarea se face prin cale bucală, prin consumarea de lapte nefiert şi a produselor de lapte; şi pe cale cutanată la aceia, cari lucrează cu organe ale animalelor, cari conţin în număr mare bacilul lui Bang (placentă, urină etc.) cum sunt medicii veterinari, sau personalul de laborator.

La întrebarea pentruce sunt aşa de puţine cazuri de boala lui Bang la om atunci, când acest microorganism este atât de lăţit, după cercetările noastre trebue să răspundem cu Löffler, că acesta este „un capitol al greşelilor de diagnostic". Până acum treceau cazurile neobservate şi nediagnosticate, prin căutarea în viitor după boala

lui Bang, numărul cazurilor va creşte mereu şi va trebui luate măsuri. Iar pe de altă parte trebue să presupunem că tocmai lăţirea mare a microbului lui Bang face posibilă o infecţie fracţionată şi astfel o imunizare lentă a omului contra infecţiei cu bacilul Bang. Sigur, multe din cazurile noastre cad şi în această categorie.

Simptoame. Boala lui Bang poate trece cu atât mai uşor neobservată de bolnav şi nediagnosticată de medic, cu cât la cele mai multe cazuri simptoamele clinice sunt foarte uşoare.

După un timp de incubaţie, de 2 până la 4 săptămâni, boala se începe cu simptoame de uşoară indispoziţie, slabă inapetenţă, dureri de cap, transpiraţii. In timpul acestor simptoame clinice necaracteristice, se ridică temperatura. Unul dintre simptoamele principale ale boalei este febra ridicată. Febra este de 39°—41 grade. Caracteristicul febrei este durata lungă.

La cele mai multe cazuri durata este de 2—3 luni. Sunt cazuri cunoscute însă cu o durată a febrei de 15—20 luni. Un al doilea caracteristic al febrei este neregularitatea. Remisiuni mari dela o zi la alta, perioadă de febră ridicată urmate de perioade cu febră mică sau chiar fără febră. Un simptom caracteristic al boalei este, că chiar şi în timpul celei mai mari febre, starea generală este foarte bună. Transpiraţii profuze cu un miros deosebit sunt caracteristice. Alte simptoame sunt: mărirea splinei şi a ficatului, bradicardia relativă, limfocitoză relativă. Ca complicaţii sunt descrise la bărbaţi orchite, la femei fluor, avort, mastite.

Cazurile observate de noi. Noi am putut observa două cazuri de boala lui Bang. Primul caz este un laborant din laboratorul nostru. N'am putut stabili precis modul de infecţie al acestui caz. La tot cazul este o infecţie de laborator, fie cu bacilul Bang, cu care lucrăm la aglutinaţie, fie cu bacilul Bang din o plancetă a unei vaci, aduse în laborator pentru căutarea bacilului Bang, cu 14 zile înainte de îmbolnăvirea laborantului. Dacă presupunem această a doua posibilitate de infecţie şi care e cea mai probabilă, atunci timpul de incubaţie ar fi, în acest caz, de 14 zile.

Boala se începe în acest caz cu o uşoară indispoziţie, cu frisoane şi uşoare dureri de cap. Aceste simptoame îl fac pe bolnav ca să-şi măsoare temperatura. Şi găseşte o febră de 40 grade. A treia zi după stabilirea febrei, neputând noi constata la bolnav în mod obiectiv nimic şi făcându-şi bolnavul cu febra de 39—40 grade serviciul fără nici o piedecă, am presupune o infecţie cu bacilul Bang. Aglutinaţia sângelui bolnavului cu bacilul Bang a fost 1:300. Boala a durat zece săptămâni. Simptoamele principale au fost: o

febră cu mari remisiuni, uşoare dureri de cap, dese frisoane, dureri de spate şi dureri de articulaţii, transpiraţii, uşoară limfocitoză relativă. Aceste simptoame au fost atât de uşoare încât bolnavul şi-a făcut serviciul şi în timpul febrei celei mai ridicate, fără nici o întrerupere. La 4 săptămâni după începerea boalei, aglutinaţia cu bacilul Bang a fost pozitivă 1:1200. Cultivarea bacilului Bang din sângele bolnavului nu ne-a reuşit.

Un al doilea caz observat de noi a fost o femeie din comuna Valea Crişului, judeţul Treiscaune. Şi la acest caz simptoamele au fost următoarele: dureri vehemente de cap, dureri de spate, neuralgie intercostală, transpiraţii abundente, temperatură între 38—40, 5 săptămâni, starea generală bună. După 6 zile dela începutul boalei, aglutinaţia cu bacilul Bang a fost de 1:400.

Diagnosticul. Diagnosticarea boalei lui Bang nu este grea, dacă ne gândim la ea. Febră ridicată, neregulată, de lungă durată, în disproporţie cu starea generală subiectivă bună, ne face să ne gândim la boala lui Bang. Iar laboratorul ne duce la diagnosticul adevărat al boalei. Aglutinaţia sângelui bolnavului cu bacilul lui Bang este pozitivă deja în prima săptămână de boală. O aglutinaţie de 1:100 ne arată, că avem de a face cu o infecţie cu bacilul lui Bang.

Cercetările noastre. Cercetările noastre au avut de scop extensiunea boalei în regiunea Braşovului şi judeţelor învecinate. Asupra exetensiunei boalei în diferite ţări avem date foarte diferite. Olin publică în Suedia, în anul 1928, o statistică despre 3000 seruri la care a făcut aglutinaţie şi găseşte un procent aglutinaţie pozitivă cu bacilul Bang. In Pomerania Lotze şi Wichels la 1000 seruri examinate, găsesc 18% pozitive. Iar Lentze în Silezia, la 57 persoane, cari au stat în contact direct cu animale infectate cu bacilul lui Bang, găseşte 20% pozitive. Wichels găseşte în Bavaria 0.5%, în Renania 1.2%, în Schleswig-Holstein 5% pozitive.

In ţara noastră, după cât ştim noi, nu s'au făcut cercetări în această direcţie.

Noi la început am examinat, pentru boala lui Bang, numai serurile, cari ne veneau în laborator pentru aglutinaţie cu bacilul tific şi paratific.

Ca să ne orientăm asupra extensiunei boalei lui Bang în regiunea Braşovului şi judeţelor învecinate, în toamna anului 1933 am început să facem aglutinaţie cu bacilul lui Bang la serurile care ne erau trimise în laborator pentru reacţia Bordet-Wassermann, ca astfel să putem cerceta într'un timp scurt un număr mai mare de seruri.

Am examinat 600 seruri din județele Brașov, Făgăraș, Târnava-Mare, Târnava-Mică, Alba, Odorheiu, Treiscaune, Ciuc și Prahova.

Din 600 seruri am găsit 150 seruri, la cari aglutinația cu bacilul Bang a fost pozitivă, adecă un procent de 25%. Acesta este un procent mai mare, decât procentul în toate statisticele studiate de noi.

Am luat de pozitivă numai aglutinația dela 1:100 în sus. Din serurile examinate au aglutinat 12 seruri 1:100; 18 seruri 1:200; 11 seruri 1:400; 2 seruri 1:600; 15 seruri 1:800; 92 seruri 1:1000 și peste 1:1000 până la 1:3200. Precizăm acest lucru în acest fel, ca să se vadă, că cele mai multe seruri au avut o putere de aglutinație ridicată.

Sigur, noi nu putem preciza, dacă acei la cari noi am găsit aglutinația pozitivă în acel moment prezentau sau nu simptoame de boala lui Bang. Cu siguranță, unii din bolnavi erau bolnavi cu boala lui Bang în acel moment, cu toții însă au trecut peste o infecție cu bacilul lui Bang.

Noi în aceste cercetări nu căutam după bolnavi cu boala lui Bang, ci voiam numai să ne orientăm asupra extensiunei infecției cu bacilul Bang în regiunea sus amintită.

Am găsit cazuri de infecție cu bacilul Bang în județele Brașov, Târnava-Mică, Târnava-Mare, Odorheiu, Făgăraș, Alba, Treiscaune și Ciuc. N'am găsit nici un caz în județul Prahova.

Procentul general de infecție cu bacilul Bang în județele cercetate de noi este de 25%. Dar această infecție arată unele variații foarte interesante. Astfel ni s'a trimis pentru reacția Bordet-Wassermann dela Școala tehnică Aeronautică din Mediaș 50 de sânge. Din acestea am făcut aglutinația cu bacilul Bang la 14 seruri. Din acestea au fost pozitive 12 și negative 2 seruri adecă, 85% din elevii acestei școale sunt infectați cu bacilul Bang. Acest lucru este explicabil, deoarece în jurul Mediașului s'au descoperit primele cazuri de boala lui Bang în România și Mediașul și jurul lui este mult infectat cu bacilul lui Bang, după cercetările noastre din 121 seruri, 52 au fost pozitive, adecă 43% pozitive. Deasemenea mult infectate cu bacilul Bang sunt comunele Abrud, din 34 seruri, 15 pozitive, cu 44%; Sighișoara din 53 seruri 17 pozitive, cu 32%; Alba-Iulia din 39 seruri, 13 pozitive, cu 33%.

In județul Brașov sunt 3 comune: Râșnov, Codlea și Sânpetru, pe care noi le cunoaștem și unde știm că sunt foarte multe cazuri de avort infecțios la vaci. Noi am găsit în Râșnov din 3 seruri, 2 pozitive, adecă 66%; în Codlea din 5 seruri, 3 pozitive, adecă 60%; și

în Sânpetru din 6 seruri, 3 pozitive, adecă 50%. Sigur, numărul serurilor examinate în aceste comune este foarte mic şi astfel poate procentul pe întreaga comună nu este atât de ridicat, dar cu siguranţă infecţia cu bacilul Bang la om în aceste comune este foarte frequentată.

Concluzii. Concluziile la cari ne duc cercetările noastre trebue să fie următoarele:

1. Infecţia cu bacilus abortus Bang, care până acum era cunoscută la noi numai la animale, în ţara noastră este foarte frequentă şi la om. După cercetările noastre în judeţele examinate de noi, 25% ale populaţiei este infectată cu bacilul Bang.

2. In viitor medicul va trebui să cerceteze mai mult după boala lui Bang, care până acum rămânea necunoscută ca diagnostic. Multe dintre febricitările fără un diagnostic precis ale trecutului, în viitor se vor dovedi ca boala lui Bang.

3. In toate laboratoriile să se introducă aglutinaţia cu bacilul Bang şi pe lângă aglutinaţia cu bacilul tific şi paratific, să se execute totdeauna şi aglutinaţia cu bacilul Bang.

4. In ţinuturile, unde se constată cazuri de avort infecţios la vaci, sunt cazuri de infecţie şi la om şi acolo se vor lua toate măsurile de prevenire a infecţiei la om.

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.
LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :

Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.

COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. à potage **(Adultes)** — 2 cuil. à dessert **(Enfants)** — 2 cuil. à café **(Nourrissons).**

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE

RENÉ DUKOD

103, STR. TOAMNEI
BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

NOU

ANTIPIRETIC POTENȚAT
ANTIREUMATIC

GERMICID

TABLETE

Oxichinolinsulfochinizin
3-6 tablete pe zi

INDICAT ÎN:
Gripă-Reumatism-Lumbago-Sciatică-Dureri articulare-Dureri musculare, precum și în toate durerile provenite din răceală.

Mostre și literatură servește la cerere
DR. WANDER S. A.
București
Str. Cazărmii 89

SORAMIN

Zinkaminoformbichlorid Dr. Wander

Un nou produs pentru a trata în mod rațional

LEUCOREEA PATOLOGICĂ

DECONGESTIV-ASTRINGENT

DESINFECTANT-DESODORIZANT

PARFUMANT PLĂCUT ȘI DISCRET
ÎN TOALETA INTIMĂ A FEMEII.

Conținutul unui plic se diluiază în 1-1½ litru de apă pentru irigațiuni vaginale.

Mostre și literatură servește la cerere
DR. WANDER S. A.
București—Str. Cazărmii 89

Spitalul Judeţean Reghin (Judeţul Mureş)
Director Dr. Eugen Nicoară.

Noui contribuţiuni la anestezia rachidiană superioară.

De **Dr. E. Nicoară.**

Chirurgul în exercitarea chemării sale, este obligat a suprima durerea, pe întreaga durată de timp a intervenţiunilor chirurgicale.

Problema anesteziei deci este una din cerinţele principale în orice instituţiune chirurgicală.

Reuşita intervenţiunilor chirurgicale este determinată, în mare măsură, de metoda anesteziei aplicate. In centre mari chirurgicale se pune un pond deosebit de important asupra anesteziei. Vedem în aceste centre — fie din ţară, fie din străinătate — aplicate toate metodele şi toate formele de anestezie. Acolo, unde personaiul medical este numeros, găsim medici specializaţi în anumite ramuri a anesteziei, dar aceste centre mai au şi avantajul că, în orice moment au la îndemână ajutorul curajos şi plin de experienţă a medicilor din acelaş serviciu. Or, chirurgul din provincie, care este obligat şi nevoit să lucreze într'un mediu modest şi sărăcăcios, lipsit de alte ajutoare medicale, luptând cu nesfârşitul şir al mizeriilor, care se aglomerează din ce în ce mai crâncen în jurul lui, trebue să atribue atenţiunea sa în mod îndoit anesteziei, care este indispensabilă sălilor de operaţiuni.

Trăim şi noi aici, în acest modest locşor de muncă şi de trudă, în similară situaţiune celor zugrăvite, în câteva, fugare cuvinte, în rândurile de sus. Ne frământăm străduinţa zi de zi, ca să putem îndeplini cât mai bine îndatoririle noastre faţă de multiplele cerinţe legate de arta de a vindeca — operând şi a opera suprimând sfâşietoarea durere, care însoţeşte chiar şi cea mai mica noastră mişcare de ofensivă cu arma chirurgului: cu bisturiul ascuţit.

In această frământare a noastră, de un deceniu şi mai bine, am găsit în anestezia rachidiană, cea mai apropiată metodă pentru chirurgul centrelor mici chirurgicale, de a suprima durerea.

Aplicând rachianestezia în câteva mii (aproximativ 8000) de cazuri am ataşat această metodă aşa de strâns muncei noastre de toate

zilele, încât — în clipe de meditaţiune retrospectivă — aducem nevăzute omagii de prosternare memoriei marilor maestri, cari au avut intuiţiunea divină, inventând acest procedeu excelent.

Nevoia şi mizeria ne-a învăţat să aplicăm astăzi rachianestezia aproape la toate intervenţiunile chirurgicale, fără de nici o restricţiune de situaţiunea nivelului şi a regiunei pe care trebue să intervenim.

Aplicăm rachianestezie atât la operaţiunile din regiunile subombilicale, cât şi la cele din regiunile membrelor superioare, dar şi ale gâtului şi chiar şi a capului.

Intrebuinţăm ca anestezic soluţiunea numită: Novocof, compoziţiunea excelentă a distinsului coleg, dl Doc. Dr. C. Stanca, prin fabricaţiunea Therapia din Cluj, în concentraţiune de 8% (Novocaină 8%, cafeină 20%).

La operaţiunile subombilicale injectăm în canalul rachidian conţinutul unei fiole, care conţine 2 cm.^{3} soluţiune, adică 16 cgr. novocaină.

La operaţiunile din regiuni superioare (gât, cap, membrele sup.) injectăm 1 cmc. soluţiune (8 ctgr. substanţă).

Din lichidul cefalo-rachidian, noi nu lăsăm nici o picătură să se scurgă, ci după introducerea acului în canalul rachidian, facem barbotajul de control şi injectăm substanţa anestezică.

In urma întrebuinţării Novocofului ca anestezic rachidian, fie aplicat în regiunea superioară, sau în regiunile inferioare, nu observăm inconvenientele temute de contrarii rachianesteziei, nu se produce depresiunea pulsului, paloarea, vărsăturile, cefalea, turburările sfincteriene etc.

Pe lângă o tehnică binecondusă rachianestezia a devenit pentru noi forma aproape generală de anestezie.

Ea este aplicată la vârsta fragedă de 2—3 ani şi la etatea cea mai înaintată, cu acelaş rezultat satisfăcător atât pentru bolnav, cât şi pentru chirurg.

Arătăm mai jos, afecţiunile din regiunile superioare a corpului, unde s'a preconizat forma de anestezie rachidiană — superioare (cervicală), iar operaţiunile din regiuni inferioare (dorsale, abdominale şi a membrelor inferioare) le omitem de a le mai aminti, fiind acestea executate în totalitatea lor sub anestezia rachidiană.

Sub rachianestezie cervicale s'au operat:

Guşe: 3 cazuri cu rezultate bune,

Higmorite: 2 cazuri cu rezultate bune,

Buze de epure: 1 caz cu rezultat bun,

Osteomielita braţului: 3 cazuri cu rezulte bune,

Desarticulaţiuni la membrul superior: 5 cazuri cu rezultate bune,

Amputaţiunea braţului: 3 cazuri cu rezultate bune,
Resecţie de coaste: 4 cazuri cu rezultate bune,
Luxaţia umărului: 1 caz cu rezultat bun,
Mastită: 1 caz cu rezultat bun,
Resecţia art. cotului: 1 caz cu rezultat bun,
Amputaţia mamelei: 1 caz cu rezultat bun,
Flegmoane la membrul sup.: 11 cazuri cu rezultate bune.

Deşi numărul (cazurilor nu este prea mare) din motivul că această metodă se aplică de noi abia de un timp scurt (dela data de 16 Iulie 1934) totuş în urma rezultatelor satisfăcătoare, îndrăsnim să afirmăm că rachianestezia poate fi considerată, în loc de frunte, între metodele de anestezie generale, cu atât mai mult, cu cât ea este o invenţiune a geniului medical-românesc, iar memoria maestrilor inventatori se cuvine să o preamărim.

TRATAMENTUL FITOTERAPIC AL STĂRILOR NEVROPATICE

Insomnii nervoase, anxietate, angoasă, vertigii, turburări nervoase ale vieţii genitale, turburări funcţionale ale cordului, vor fi în totdeauna ameliorate prin

PASSIFLORINE

medicament regulator al simpaticului şi sedativ central, compus numai din extracte vegetale *atoxice: Passiflora incarnata, Salix alba, Crataegus oxyacantha.*

Reprezentantul Laboratoarelor: G. REAUBOURG, Paris.

Literatură şi eşantioane:

GEORGES VERGLAS

I. Str. Precupeţii Vechi — Bucureşti, Sectorul 3.

Asimetria craniană ca factor patogen în „Maladia lui Little".

Observaţia unui caz.

Boala unei fetiţe de 4 ani a cărei observaţie urmează mai jos şi la care o asimetrie craniană extrem de pronunţată şi vizibilă dela distanţă chiar, coencizând cu simptomele ce compun maladia lui Little tinde a demonstra o nouă posibilitate de producere a acestei boli, care dela 1846 de când a fost descrisă de Little mai detaliat şi până azi nu are încă nici o etiologie bine determinată şi nici o patogenie unică.

Boală relativ rară (în decurs de 6 ani personal observ abia al 2-lea caz) numără mai mulţi factori în etiologia sa, fie ca momente puse direct în cauză cum ar fi heredo-sifilisul, fie factori secundari cum ar fi naşterea prematură, ereditatea nervoasă sau similară. Heredo-sifilisul a fost încriminat de Fournier, Delbet, Hutinel etc. fie din prima, fie din a doua generaţie de ascendenţi. S'a pus în evidenţă prin stigmatele la părinţi, sau la copii, prin reacţia Wassermann, prin avorturile multiple ale mamei, leziuni specifice la autopsii (Endarterite cerebrale, Meningomielite etc.) Sindromul lui Little dealtcum s'a găsit în 82% la copii născuţi prematur, ori naşterea prematură însăşi e mai des efectul sifilisului mamei. Dar în alte cazuri nu s'a putut afirma heredo-sifilisul prin nici un mijloc. S'a dovedit că acest sindrom este congenital, că în mare majoritate e la prematuri, însă nu toţi prematurii fac sindromul lui Little şi s'a găsit şi la copiii născuţi la termen (cum e şi în cazul de mai jos). Unii au spus, că e o boală de sistem provenită prin nemyelinizarea fasciculelor pyramidale sau lipsa lor şi aceasta cu predilecţie la prematuri; căci acestea se desvoltă în ultimele săptămâni ale vieţii intrauterine, ori condiţiile noui de viaţă extrauterină ar opri desvoltarea lor completă şi în aceasta ar rezida leziunea anatomică, căreia îi corespunde clinic sindromul lui Little. Orice mecanism ar fi invocat un lucru e sigur, că o alterare a fasciculei pyramidale

directe sau încrucişate sau a amândurora stă la baza sindromului descris de chirurgul englez Little. Aceasta alterare e, fie la originea lor pe zona rolandică superioară, de unde nasc fibrele motori ce pe calea fasciculelor pyramidale duc la membrele inferioare fie pe traectul acestora. La autopsii s'au găsit s. ex. leziuni cerebrale: porencefalie (cavitate în substanţa cerebrală), scleroză, atrofie sau leziuni fine a scoarţei rolandice sau scleroză a fasciculelor pyramidale. Alţi factori etiologici ar fi ereditatea nervoasă (Epilepsie, Imbecilitate etc.), alcoolismul părinţilor, boli infecţioase şi intoxicaţiuni în perioada degestaţiei a mamei, infecţiuni a copilului înainte de 5 luni (Cruchet), iar ca factor patogen cu deosebire la cei născuţi la termen ar fi naşteri laborioase şi prelungite cu asfixiere temporară a noinăscuţilor, care prin tulburări de circulaţie ar produce leziuni ce duc la degenerescenţă fasciculele pyramidale la origine sau pe traectul lor. In cazuri tipice de paralizie spastică a membrelor inferioare leziunile corespund zonei de proecţie corespunzătoare pe scoarţă, alteori leziunile pot interesa porţiuni mai întinse şi pot da spasticitate în fonaţie (cum e la cazul din observaţie), de masticţie etc. sau de tetraplegie, în care caz boala ia numele de hemiplegie dublă sau diplegie infantilă. Asimetria craniană, care este de obiceiu rezultanta unei naşteri laborioase (deşi mama fetiţei despre care voi relata mai jos neagă aceasta, ceeace nu poate fi crezut) prin schimbare de raporturi a fasciculelor pyramidale, prin fenomene de compresiune cerebrală, cari îşi are diametrele prin asimetrie deviate şi ca sens şi ca presiune, poate maximă pe zona rolandică s'ar putea — cred eu — adauge ca factor patogen primordial în sindromul lui Little, alături de factori chimici în stările asfictice, în ansamblul naşterilor laborioase. Valoarea observaţiei ce urmează ar rezida deci în aceia de-a adauge un nou factor patogen pe lângă ceilalţi factori atât de multipli şi variaţi ai sindromului lui Little, cari în afară de unitate clinică, nu are nici pe cea etiologică, nici pe cea patogenică.

Observaţie. Letiţia Andronache, de 4 ani (Apold, jud. Târnava-Mare).

Vine în spital însoţită de mama sa pentru imposibilitate de a merge, decât susţinută şi imposibilitate de a sta singură în picioare.

Antecedente heredo-colaterale. Părinţii afirmativ sănătoşi. Mama sa nu a avut avorturi. Fetiţa s'a născut la timp, iar naşterea ar fi decurs în mod obişnuit.

Antecedente personale. La vârsta de 3 luni pneumonie. Fetiţa nu a mers niciodată de când s'a născut. Prima dentiţie la 7 luni.

Examen obiectiv. Pulmonul, cordul, rinichii nu prezintă nimic deosebit, temperatură nu are. *Extremitatea cefalică*: Hemicraniul stâng împins înainte împreună cu bosa frontală, cu ochiul stâng, pometa, nasul deviat la dreapta; urechia ca şi ochiul stâng sunt situate pe un plan cel puţin 5 cm. înaintea urechii şi ochiului drept, încât e o asimetrie care te isbeşte dela prima vedere. Intelectul păstrat, vorbirea e sacadată. Sensibilitatea păstrată pe tot corpul. Reflexele pupilare la lumină şi distanţă, normale. Reflexele patelare exagerate. Membrele inferioare sunt în aducţie aproape încrucişate, degetele mari dela picioare se privesc. Muşchii nu sunt atrofiaţi dar membrele inferioare sunt insuficient desvoltate. Fetiţa nu poate sta în picioare decât susţinută de subţiori, când gambele se flexează. Mersul nu e posibil decât tot susţinând-o, are un caracter spastic, greoiu, picioarele iau poziţia de varus equin şi se freacă unul de altul, ca şi genunchii. Rigiditatea e la fel în mişcările active ca şi în cele pasive. *Tratament.* Masaj cu zinc oxidat-talc venet. aa. Faradizare pe membrele inferioare. Băi calde. Intern stricnin sulfuric. Mişcări pasive.

In concluzie din relatarea cazului de mai sus e vorba de un sindrom a lui Little, coencidând cu o asimetrie craniană extrem de vizibilă, în care raporturile de cauzalitate sunt indiscutabile. In 12 zile cât a stat în serviciu nu s'a observat nici o ameliorare, deşi se relatează cazuri unde ameliorarea e posibilă la o vârstă mai înaintată: 6—8 ani, dar de cele mai multeori boala rămâne ca o infirmitate incurabilă, iar individul o povară a societăţii. Coencidenţa unei asimetrii craniene extrem de pronunţată cu sindromul lui Little ne dă dreptul cred să socotim aceasta ca o nouă posibilitate patogenă a acestei maladii.

Sighişoara, la 13 Noemvrie 1934.

Dr. Iosif Ghizdavu,
Medic Secundar Spitalul jud., Sighişoara.

Eforiile Sanitare şi de Ocrotire.

Sugestii şi propuneri.

Prin articolul 18 din Legea pentru modificarea legii sanitare şi de ocrotire, promulgată prin Monitorul Oficial Nr. 164 din 19 Iulie 1934 se legiferează înfiinţarea „Eforiilor sanitare şi de ocrotire" judeţene şi municipale. Scopul urmărit este, de a se da un nou impuls vieţii sanitare şi de a se crea un început real de descentralizare şi în domeniul sanitar. Cum punerea în funcţiune a Eforiilor sanitare urmează să se facă la 1 Aprilie 1935, deodată cu începutul noului an bugetar, socotim de util şi necesar de a ne ocupa de aceste noui instituţii sanitare, de cari se leagă atâtea speranţe.

Realizarea aşteptărilor cari se leagă de Eforiile sanitare va fi posibilă însă, numai în cazul dacă li se vor putea crea, dela început, cele mai prielnice condiţii de funcţionare şi desvoltare. In primul rând se impune ca un imperativ categoric, ca *Eforiile sanitare să fie ferite de orice influenţe ori amestec al politicei de partid, iar în al doilea rând, este necesar ca aceste instituţii de o atât de mare importanţă, să dispună de mijloace materiale suficiente pentru realizări de lungă durată.*

Indeplinirea primei condiţiuni, depinde de gândul şi bunăvoinţa organelor chemate să institue primele Eforii sanitare. Dacă la numirea „eforiilor" nu se va ţinea seamă de influenţele politice, ci se vor numi numai persoane cu autoritate şi având interes şi dragoste faţă de problemele sanitare, suntem convinşi că Eforiile vor putea lucra în armonie şi spre mulţumirea generală. Dacă însă, nu se va ţinea seama de acest deziderat, ci se va lăsa ca aceste instituţii şi persoanele cari le conduc, să fie supuse fluctuaţiilor politice, ori câtă bunăvoinţă s'ar manifesta, rezultatul nu va putea fi favorabil. Va trebui deci, să se facă apel la cele mai însemnate personalităţi locale, după cât se poate dintre cei mai puţini coloraţi politiceşte: şefi de autorităţi şi instituţii, conducători de instituţii financiare şi instituţii de binefacere, preşedinţi de ai societăţilor profesionale şi medici.

Insistăm în mod deosebit, ca în compunerea Eforiilor sanitare şi de ocrotire să intre mai ales persoanele cari şi până în prezent au muncit pe terenul sănătăţii publice şi cari au dat dovadă şi în alte împrejurări de interes şi pricepere în rezolvirea acestor probleme. Va trebui apoi ca medicilor conducători de servicii sanitare judeţene şi de municipii, precum şi medicilor şefi de spitale şi ambulatorii policlinice, să li se asigure un rol cât se poate de important în viitoarele Eforii sanitare. Având ele a se ocupa de problema sanitară locală în întreg ansamblul ei, deci atât de medicina preventivă, cât şi de cea curativă, se impune o armonizare a diferitelor interese, armonizare care nu este posibilă fără îndrumarea şi concursul larg al medicilor noştri conducători.

Eforiile sanitare vor trebui să lucreze după un program bine întocmit, dar mai ales după un program de lungă durată, care să ţină cont însă şi de posibilităţile de realizare. Întocmirea unui asemenea program presupune pe lângă competenţa în materie şi o bună cunoaştere a împrejurărilor specifice locale, iar realizarea lui cere perseverenţă şi continuitate, lucruri ce nu se pot realiza decât în afară de influenţa contingenţelor politice.

A doua condiţie esenţială este ca Eforiile sanitare şi de ocrotire să dispună de mijloace materiale suficiente şi sigure pentru a-şi putea realiza integral programul. Din chete, subvenţii ori donaţiuni mărinimoase, se va putea realiza prea puţin, în orice caz aceste venituri sunt nesigure şi accidentale şi pe ele nu se poate baza executarea unui program de realizări. Eforiile trebue să dispună de alte surse materiale, sigure şi permanente, fiindcă numai astfel ele îşi vor putea întocmi bugete reale şi numai astfel vor putea face faţă necesităţilor de fiecare moment.

La alimentarea fondurilor Eforiilor sanitare şi de ocrotire, vor trebui să contribue în primul rând autorităţile locale: comunele şi judeţele, iar în al doilea rând puterea centrală, adecă Ministerul. Cea mai nemerită soluţie ar fi dacă cota de 10% din bugetele comunelor şi 15% din bugetele judeţelor, destinată scopurilor sanitare prin dispoziţiile atât de binevenite ale art. 11. din Decretul Lege Nr. 3034 din 14 Noemvrie 1934, s'ar vărsa *direct* Eforiilor sanitare fie prin Administraţiile Financiare locale, fie prin filialele Băncii Naţionale. Aceste cote fiind la dispoziţia Eforiilor sanitare vor putea constitui o bază reală pentru întocmirea unui buget, a cărui aplicare devine apoi posibilă pe măsura încasărilor de fiecare zi. A doua sursă reală ar putea-o constitui cota ce ar atribui-o Ministerul Sănătăţii din bugetul său general, precum şi din veniturile asigurate

de art. 109, al. 1 din Legea timbrului pe seama aşezămintelor spitaliceşti întreţinute de autorităţile locale; rămânând ca un venit accidental tot ceeace se mai poate realiza din alte subvenţii sau donaţiuni. Se înţelege dela sine că tot în bugetele Eforiilor sanitare va trebui să intre şi încasările cari se realizează din taxele de îngrijire ale spitalelor, precum şi venitele de altă natură ale instituţiilor şi serviciilor sanitare locale.

Din aceste surse se poate asigura un buget echilibrat pe seama Eforiilor sanitare şi de ocrotire şi în baza acestui buget să poate apoi întocmi şi realiza treptat un program sanitar vast şi de lungă durată. Dacă însă cotele de 10 şi 15% din bugetele comunelor şi judeţelor se vor afecta Ministerului Sănătăţii, înseamnă că autorităţile locale ştiindu se degajate de orice sarcină şi răspundere de ordin sanitar, nu vor mai contribui cu nimic pentru aceste scopuri, rămânând totul în sarcina Ministerului. Ministerul Sănătăţii în aceasta eventualitate, va trebui să-şi ia asupra sa sarcina de a se îngriji de satisfacerea *tuturor* necesităţilor de ordin sanitar din întreaga ţară, trebuind să se ocupe de soartea fiecărei comune sau cătun, ceeace ar însemna o accentuare şi mai pronunţată a sistemului centralizator de azi. Ori ceeace se intenţionează prin înfiinţarea Eforiilor sanitare şi de ocrotire este tocmai contrariul, adecă, o descentralizare sanitară cât mai largă.

Dacă însă Eforiile sanitare şi de ocrotire, în felul arătat mai sus, vor dispune de venituri sigure şi permanente, ele îşi vor putea întocmi bugete reale, în cari, pe lângă cheltuelile împreunate cu întreţinerea aşezămintelor spitaliceşti vor putea intra şi toate celelalte cheltueli de material şi personal cari interesează serviciile periferice: dispensarele, circumscripţiile sanitare, infirmeriile, etc. Se vor putea satisface astfel, în mod just şi echitabil toate necesităţile sanitare locale, atât de multiple şi de variate, chiar de către aceia cari cunoscând bine situaţia sunt cei mai în măsură să le aprecieze importanţa şi urgenţa. Iar în ceeace priveşte gospodăria şi administrarea aşezămintelor sanitare şi de ocrotire tot ei, cunoscători ai specificului local vor fi cei mai indicaţi de a da îndrumări sănătoase şi de a exercita un control efectiv.

Din aceste consideraţiuni Eforiile sanitare şi de ocrotire sunt necesare şi cât se poate de binevenite. Ca ele să poată da însă roade îmbelşugate se cere ca cel puţin condiţiile de bază arătate mai sus să fie integral satisfăcute, altfel se riscă a se crea o instituţie nouă care se va dovedi inutilă şi neviabilă. **Dr. I. Stoichiţia.**

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Voies respiratoires

SIROP FAMEL

a base de Lactocréosote soluble

ACTION RAPIDE ET SÛRE

calme la toux
facilite l'expectoration
relève l'état général

Echantillons et Littérature à MM. les Docteurs

Ch. Taulègne, 11-13 strada Gh. Cosbuc Bucarest IV

Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din jud. Sibiu

Comuna Veştem.

Comuna Veştem se află la o depărtare de 13 km. de oraşul Sibiu pe şoseaua Sibiu—Făgăraş cu o populaţie pur românească. Ocupaţia locuitorilor este agricultura şi viticultura, cari se cultivă în unităţi individuale mici, asigurând populaţiei un câştig mediocru. Industrii mai mari nu sunt. Starea culturală este la nivelul mediu al comunelor noastre româneşti cu o cifră a analfabeţilor destul de redusă.

Ancheta s'a executat în zilele de 21, 22 şi 29 Noemvrie 1931. Activitatea exprimată în zile de lucru dă 38 zile pentru medici şi farmacişti (în medie 12 medici şi 1 farmacist la o zi de anchetă) şi 23 zile pentru personalul ajutător (surori de ocrotire, moaşe, etc.) în total 61 zile de lucru. Din totalul locuitorilor de 1420 s'au examinat 1394 adecă 98.1%.

Constatări de ordin general.

Starea materială a familiilor examinate a fost găsită bună în 125 cazuri (37%), mediocră în 175 (52%) şi rea în 35 (10%) cazuri.

Majoritatea caselor sunt construite din cărămidă după tipul caselor ţărăneşti din acest judeţ, cu un interior curat şi înzestrate suficient de bogat cu mobilierul intern; asemenea marea lor majoritate au curte spaţioasă cu toate dependinţele gospodăriei.

49% a caselor au o singură cameră de locuit, 43% sunt cu 2 camere, 5% cu 3 camere, un număr mic din ele sunt cu 4—6 camere.

Repartizând locuitorii pe camerele locuite aflăm următoarele: în cele 159 case cu o singură cameră locuesc 648 persoane, adecă în medie 4 persoane pe cameră cu cifrele extrem de 1 persoană în 19 cazuri şi 11 persoane în 1 caz,

în cele 139 case cu 2 camere locuesc 640 persoane, dând media de 2.3 persoane pe cameră de locuit,

în 18 case cu 3 camere locuesc 79 persoane cu media de 2.2 persoane pe cameră.

Dacă analizăm populaţia din punctul de vedere al repartizării ei pe etate după scara lui Sundbärg, obţinem pentru

grupul 0—14 ani . = 36 6%
„ 15—49 ani . = 48.4%
„ 50 ani în sus = 15.0%

Aceste cifre interpretate după Sundbärg indică o populaţie staţionară cu o tendinţă spre tipul progresiv.

Indicele vital pe ultimii 10 ani este de 150 cu minima 128 în anul 1934 şi maxima 202 în anul 1926.

La data anchetei se aflau în comună 14 persoane trecute peste vârsta de 80 ani, cu maximum de longevitate de 86 ani într'un singur caz.

Constatări medicale.

Dintre cele 1394 persoane examinate 1179 (84.5%) au fost găsite sănătoase şi 215 (15.5%) cu diferite maladii.

Tuberculoza a fost diagnosticată în 13 cazuri cu 9 cazuri de tuberculoză pulmonară, 3 cazuri de tuberculoză osoasă şi 1 caz de peritonită bacilară. In nici un caz nu s'au găsit mai multe cazuri de infecţie bacilară în aceeaşi familie.

Sifilisul a fost depistat în 21 cazuri şi anume 1 sifilis ereditar la 1 sugaciu, un sifilis secundar, 1 gomă sifilitică şi 18 cazuri de sifilis latent depistat prin reacţia Wassermann.

S'au luat 65 probe de sânge pentru reacţia Wassermann cu 20 reacţii pozitive.

Tumori maligne s'au descoperit la 2 persoane, 1 caz de cancer uterin şi 1 cancer stomacal.

Trachomul a fost descoperit la 3 persoane, cari au fost ulterior internate în spital pentru tratament.

Guşa nu a fost descoperită în nici un caz.

Afecţiuni ale aparatului respirator s'au diagnosticat 55, marea majoritate afecţiuni curente de bronşită, pleurezii, emfisem, etc.

Afecţiuni ale aparatului circulator 23, dintre cari 15 organice şi 8 funcţionale.

Afecţiunile tubului digestiv au fost în număr de 28, dintre acestea 15 gastrice şi 13 afecţiuni intestinale.

Afecţiuni ginecologice 39.

Boli de piele au fost descoperite în număr de 46, oculare 30, auriculare 28, nasale 14, laringeane 7 şi neurologice 8.

S'au făcut 18 extracţii dentare.

S'au distribuit medicamente gratuit la 398 persoane.

Spesele acestei anchete s'au ridicat la suma de 11.637 Lei, dintre cari 7033 Lei preţul medicamentelor distribuite, 3000 Lei transportul şi 1604 Lei masa, ceeace înseamnă 8.3 Lei pentru persoană examinată.

Comuna Cisnădioară.

Comuna Cisnădioară se află la 13 Km. depărtare din Sibiu, cu o aşezare pitorească la poalele munţilor Sibiului. Este singura comună din judeţul Sibiu cu o populaţie pur săsească. Veniturile comunei sunt reduse, din cauza pământului arabil puţin, agricultura asigură un venit minimal, asemenea nici viticultura nu a putut ajunge la un grad mai ridicat tot din lipsă de teren agricol. In schimb a ajuns la un oarecare grad de înflorire pomicultura. Nivelul cultural al populaţiei se menţine la un grad destul de înalt.

Ancheta s'a executat în zilele de 13 şi 20 Decemvrie 1931. In prima zi au luat parte 14 medici, 1 farmacist şi 10 persoane ajutătoare (surori de ocrotire, moaşă, intelectuali din localitate), la a 2-a anchetă 18 medici, 1 farmacist şi 10 ajutoare. In total au fost 54 zile de lucru dintre cari 34 pentru medici şi farmacişti şi 20 zile pentru personalul ajutător. Numărul total al locuitorilor este de 1020 suflete, dintre cari au fost examinaţi 1013 persoane (99.3%).

Constatări de ordin general.

Starea materială a familiilor a fost găsită bună într'un singur caz, mijlocie în 59 cazuri (20%) şi slabă în 228 cazuri (79%). Cu toate că starea materială este sub nivelul obicinuit al comunelor săseşti totuşi acest lucru nu se observă atât de supărător cum e în majoritatea comunelor fie româneşti sau săseşti cu aceeaşi stare materială. Chiar şi în cea mai săracă gospodărie se poate observa spiritul ordonat şi minuţios al rasei lor. 77% a caselor au o singură cameră de locuit, 19% au 2 camere, mai sunt 6 case cu 3 camere şi 2 peste 3 camere.

In 223 case cu o singură cameră locuesc 775 persoane, adecă 77% a populaţiei stă în locuinţe cu o singură cameră, cu alte cuvinte 3.4 persoane pe cameră.

In 57 case cu 2 camere locuesc 229 persoane cu media de 2 persoane pe cameră.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg se prezintă astfel:

grupul 0—14 ani . = 31%
„ 15—49 ani . = 47%
„ 50 ani în sus = 22%

Avem deci o populaţie tip staţionar cu tendinţă spre tipul regresiv.

Indicele vital pe ultimii 10 ani este de 171 cu variaţiuni extreme de 85 ca minima în 1927 şi 387 maxima în anul 1933.

Datele asupra longevităţii ne arată că în comună se găsesc 15 persoane peste vârsta de 80 ani şi 2 persoane peste 90 ani (91, 92 ani),

Constatări de ordin medical.

Dintre cele 1013 persoane examinate 744 (73.4%) au fost găsite sănătoase, iar 269 (26.5%) cu diferite afecţiuni.

Cazuri de tuberculoză au fost găsite 12, dintre cari 10 forme pulmonare şi 2 osoase.

Sifilisul a fost depistat într'un singur caz, formă latentă depistată prin reacţia Wassermann.

S'au executat 9 reacţii Wassermann cu 1 reacţie pozitivă.

Tumori maligne au fost găsite 3, cu un cancer uterin şi 2 cazuri ale tubului digestiv (stomac, rect).

Trachom nu s'a găsit.

Guşa a fost trecută cu 77 cazuri. Aceasta cifră se referă numai la cazurile de guşă de mărime uşor vizibilă, ancheta asupra guşei care este de prezent în curs în aceasta comună a descoperit o cifră incomparabil mai mare în special forme cu totul incipiente.

Afecţiuni ale aparatului respirator au fost diagnosticate 35.

Bolile cordului figurează cu 36 cazuri dintre cari 33 organice şi 3 funcţionale.

Tubul digestiv este trecut cu 13 maladii gastrice, 12 intestinale şi 2 hepatice.

Afecţiuni ginecologice 4, genito-urinar 2.

Boli de piele sunt 8, oculare 19, auroculare 15, nasale 6, laringeane 1 şi nervoase 7.

S'au notat 3 cretini, 6 surdo-muţi, 2 orbi şi 1 alienat.

S'au făcut 106 extracţii dentare.

Medicamente s'au distribuit gratuit la 196 persoane. Ancheta de faţă a costat 9490 Lei dintre cari 5404 Lei medicamente, 2000 transportul şi 2086 Lei masa. Revine pe caz de locuitor examinat 9.3 Lei.

Dr. I. Stoichiţia
Dr. I. Cosma

Chiar cazurile rebele de
poliartrită reumatică
sunt repede şi sigure ameliorate prin

NOVALGIN

Regresiune rapidă a fenomenelor inflamatorii.
Incetare imediată a durerilor.
Toleranţă perfectă chiar în cazurile de cardiopatie gravă.

In injecţiuni:
cutii cu 5 şi 10 fiole de 1 şi 2 cc. cu soluţie de 50%.

Pe cale bucală:
Tub cu 10 comprimate de 0,50 cgr.

BAYER

Bayer

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Mostre şi literatură prin reprezentanţii generali pentru România:
„Pharma"-Studerus & Co., Bucureşti I, str. Brezoianu Nr. 53

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**

156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

CHINOIN·S·A·

Ovar complect

HOGIVAL

preparat ovarial conţinând hormonul sexual femenin, standardizat pe unităţi de şoarec.

Conţine şi produsele secundare ale ovarului şi ale foliculelor!

TABLETE: de 50, 100, 300, 1000 U. S.
INJECŢIUNI: de 25, 100, 500 (Sol. apoasă), 1000, 10.000 U. S. (Uleioasă)

REPREZENTANŢA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S·A·
BUCUREŞTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

Bilanţul alor 16 ani de activitate la Ambulatorul Policlinic din Sibiu

La 15 Aprilie 1935 se împlinesc 16 ani dela înfiinţarea Ambulatorului Policlinic din Sibiu, prima instituţie de acest gen din Ardeal. Conducătorul „Resortului" de sănătate publică şi ocrotire din fostul Consiliu Dirigent, domnul Prof. Dr. Moldovanu, a creat aceasta instituţie nouă şi după ea o serie întreagă de alte instituţii similare în oraşele din Ardeal, cu scopul de a se veni efectiv în ajutorul populaţiunii sărace, prin acordarea unei cât mai largi şi cât mai bune asistenţe medicale în mod cu totul gratuit. A fost poate primul pas serios pentru realizarea unei vaste opere sanitare şi sociale în provincia de dincoace de Carpaţi şi aceasta într'o epocă în care ni-se contesta nu numai priceperea şi competenţa în materie de organizare şi conducere, dar ni-se bănuiau până şi bunele noastre intenţiuni. Realizarea acestor instituţiuni a întâmpinat deci reale dificultăţi, pe de o parte din cauza ignoranţei şi neîncrederii publicului, iar pe de altă parte din cauza opoziţiei unor medici cari stăpâniţi încă de o mentalitate veche şi perimată, nu erau prea înţelegători pentru opera pur socială care se cerea realizată. Instituţiile noi, concepute de domnul Profesor Dr. I. Moldovanu, erau doar şi concurente serioase a practicei medicale şi din aceasta cauză nu poate fi nici o mirare, dacă ele au fost primite la început cu oareşcare ostilitate, chiar de către corpul medical Şi totuşi, în scurtă vreme ele, s'au încetăţenit; au pătruns în opinia publică; s'au dovedit utile şi necesare şi s'au menţinut în contra tuturor greutăţilor inerente unor realizări noi. S'au menţinut şi au dat roade binefăcătoare fiindcă concepţia care era la baza creărilor a răspuns unei imperioase şi reale necesităţi sanitare şi sociale. Se intenţiona anume combaterea raţională a bolilor sociale, în primul rând veneriile, tuberculoza şi mortalitatea copiilor, plăgi cari în perioada de după războiu luaseră o întindere înspăimântătoare. In domeniul veneriilor, în această perioadă, s'au ivit adevărate epidemii, iar tuberculoza adusă de pe fronturile de luptă, ameninţa să ia o extindere nemaivăzută înainte. Trebuia să se ia deci măsuri rapide şi raţionale de combatere şi

din aceasta necesitate s'au născut Ambulatoarele Policlinice, dispensare menite să formeze adevărate centre de combatere a bolilor medico-sociale. Ele aveau deci, dela început un dublu rol şi anume: unul de natură curativă, iar altul de natură preventivă.

Intenţia legiuitorului care le-a creat a fost să le dea o deosebită desvoltare, înzestrându-le cu tot utilajul şi materialul necesar şi asigurându-le personal medical şi auxiliar bine pregătit şi în număr suficient. Aceasta laudabilă intenţie, din cauza împrejurărilor nefavorabile, durere nu a putut fi realizată în întregime. Ambulatoarele policlinice după primii ani de prosperare, din cauza reducerilor bugetare tot mai accentuate, au avut de trecut printr'o lungă perioadă de criză, care la un moment dat le ameninţa chiar existenţa; ele au suportat totuşi aceasta criză şi astăzi se pare că începe o nouă epocă de înflorire. Cu toate dificultăţile însă, aceste instituţii medico-sociale, în activitatea lor de până acum, s'au dovedit utile şi deosebit de necesare, desfăşurând o muncă intensivă şi arătând rezultate dintre cele mai frumoase.

Ambulatoriul Policlinic din Sibiu a funcţionat în primi ani de existenţă cu 4 secţii de specialitate şi anume: secţie dermato-venerică; de boli interne şi tuberculoză; infantilă şi ginecologică. In 1922 s'a suprimat secţia ginecologică şi infantilă, iar secţia de boli interne s'a transformat într'o secţie exclusiv pentru examinarea şi tratamentul tuberculoşilor. In 1924 s'a suprimat şi secţia de tuberculoză, Ambulatoriul funcţionând până în anul 1929 numai cu o singură secţie, cea venerică şi având de luptat cu foarte mari lipsuri de material pentru tratament. In 1929 s'a reînfiinţat secţia pentru tuberculoză şi prin concursul Societăţii „Principele Mircea" şi o modestă secţie infantilă; iar în 1934 a luat fiinţă în cadrele ambulatoriului policlinic şi un dispensar neuropsihiatric, de altfel cel dintâi de acest gen în România.

Activitatea de 16 ani a Ambulatorului Policlinic din Sibiu este redată şi înfăţişată în tablourile de mai jos, cari conţin cifre exacte globale şi procentuale pentru întreaga perioadă 1919—1934.

Tabela I.

Despre numărul bolnavilor şi consultaţiilor în perioada 1919—1934.

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	Total
Bolnavi noi total	3787	5846	2666	2540	2236	1119	1032	790	757	657	930	1269	2907	3277	2446	2837	35096
Consultaţii total	16840	21623	22690	16696	15678	9645	10046	11273	9815	9068	9575	12255	16003	15414	13264	15503	225394

Tabela Nr. I. reprezintă numărul bolnavilor cari au fost examinaţi şi trataţi la Ambulatorul Policlinic din Sibiu, precum şi numărul consultaţiilor anuale între 1919—1934. S'au prezentat în aceasta perioadă la Ambulatorul Policlinic în total *35 096 bolnavi noi;* cei mai puţini — 657 — în anul 1928 şi cei mai mulţi — 5846 — în anul 1920; *în medie deci 2194 bolnavi noi pe an. Cea mai mare frecvenţă o găsim în perioaoa de după războiu, iar cea mai scăzută frecvenţă între anii 1924—1930.* Explicaţia acestei variaţiuni o găsim, pe de o parte în numărul extrem de mare de bolnavi venerici şi bolnavi cu dermatoze parazitare, cari existau în primii ani după războiu, iar pe de altă parte în faptul că în această perioadă ambulatorul policlinic a funcţionat în plin, având 4 secţii de specialitate. Frecvenţa relativ slabă între anii 1924—1930 se datoreşte pe de o parte faptului că în această perioadă Ambulatorul Policlinic a funcţionat numai cu o singură secţie de specialitate, cea venerică, iar pe de altă parte se explică prin starea economică şi materială mai bună a populaţiunei, care în aceasta perioadă s'a orientat într'o măsură mai mare spre practica medicală particulară. Începând cu anul 1931, criza economică devenind din ce în ce mai apăsătoare, cifra bolnavilor dela ambulator arată o creştere remarcabilă, ajungând maximul în anul 1932. O aprîe tnsemnată a clientelei particulare a revenit deci în aceasta perioadă la gratuitatea dela Ambulatorul Policlinic.

In ceeace priveşte *numărul consultaţiilor medicale* date în cei 16 ani de activitate, ele *se ridică la cifra de 225.394.* Numărul consultaţiilor anuale prezintă aceleaşi oscilaţiuni ca şi numărul bolnavilor noi; cea mai ridicată cifră fiind în primii ani după războiu (15.678—22.696); scăzând apreciabil între anii 1924—1930 (9068—11.273) şi urcându se apoi din nou în ultimii ani, fără a se putea însă atinge nivelul cifrelor iniţiale (12.225—15.503) şi având *o medie anuală de 14.087 consultaţii.*

Tabela II.

Despre repartizarea bolnavilor pe categorii de boale.

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	Total Nr.	Total %
Venerici	1343	1412	1385	1088	829	731	621	455	391	410	384	416	445	483	451	587	11 431	32[57]
T. b. c	—	209	350	311	308	—	—	—	—	—	169	276	212	130	106	80	2.151	6[13]
Alte boli	2444	4225	931	1141	1099	388	411	335	366	247	377	577	2250	2664	1889	2170	21.514	61[30]

Tabela Nr. II. ne înfăţişează repartizarea bolnavilor pe categorii de boale şi anume: venerii, tuberculoză şi alte boli. In prima

categorie intră sifilisul, blenoragia şi şancrul moale; în a 2-a categorie diversele cazuri de tuberculoză; iar în a 3-a categoria diferite boli interne inter-curente, boli infantile, ginecologice, neurologice, etc.

Din numărul total de 35.096 bolnavi noi, am avut *11.431 de venerici*, ceeace reprezintă un procent de 32,57%. *Bolnavii de tuberculoză au fost în număr de 2151*, adecă 6,13% din total, *iar alte boli 21.514 cazuri*, adică 61,31% din total. Bolile venerice au format deci cam 1/3 din clientela Ambulatorului.

Numărul extrem de mare de alte boli, se explică pe de o parte prin faptul că la Ambulatorul Policlinic din Sibiu s'au primit spre consultare toţi bolnavii cari s'au prezentat, selecţionându-se din acest imens material bolnavii venerici şi de tuberculoză, cari apoi erau menţinuţi în observaţie, control şi tratament. In al doilea rând însă, această cifră mare ne arată că suntem încă departe de timpul, când înşuşi bolnavii vor fi în stare să facă o selecţionare, prezentându-se numai aceia cari sunt indicaţi pentru secţiile de specialitate ale Ambulatorului.

Oscilaţia anuală a bolilor venerice arată cam aceleaşi variaţiuni, ceva mai accentuate însă decât variaţia care se constată la numărul bolnavilor noi şi la numărul consultaţiilor anuale. In primii ani după războiu cifra venericilor variază între 829—1412; ea scade în a doua perioadă la 384—731; se ridică din nou în perioada din urmă la 416—587, fără să mai poată ajunge cifrele urcate din perioada postbelică.

Tabela III.

Despre repartizarea bolnavilor venerici.

	1919	1920	192	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	Total Nr.	Total %
Sifilis	560	922	768	559	388	344	246	177	142	138	128	176	212	231	183	256	5430	47,50
Blenoragie	576	341	500	468	370	337	303	214	203	222	208	206	228	239	217	256	4888	42,76
Şancru moale	207	149	117	61	71	50	72	64	46	50	48	34	5	13	51	75	1113	9,74

Tabela Nr. III. ne înfăţişează raportul proporţional al celor 3 maladii venerice: sifilisul, blenoragia şi şancrul moale. Procentul cel mai mare îl prezintă *sifilisul cu 5430 bolnavi noi*, adecă 47,50%, aproape jumătatea cazurilor. *Blenoragia atinge* de asemenea o cifră foarte ridicată, apropiată de aceea a sifilisului: *4888 cazuri*, adecă 42,76%, iar *şancrul moale* se prezintă cu *1113 cazuri*, adecă 9,74%.

Cifrele anuale de bolnavi venerici prezintă un maximum între anii 1919—1923, un minimum între anii 1924—1930 şi o tendinţă vădită de urcare în perioada 1931—1934. De remarcat cifrele foarte ridicate pe care le găsim în perioada imediată după războiu.

Tabela IV.

Despre repartizarea bolnavilor de sifilis.

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	Total
Sifilis I	71	103	109	77	67	28	22	30	13	21	19	18	18	69	36	52	753
	12.670/0	11.180/0	14.200/0	13.770/0	17.260/0	8.140/0	8.950/0	16.950/0	9.150/0	15.250/0	14.840/0	0.230/0	8.500/0	29.870/0	19.680/0	20.310/0	13.870/0
Sifilis II	240	548	452	306	194	149	96	52	46	32	31	52	66	80	52	48	2444
	42.860/0	59.430/0	58.850/0	54.740/0	50.000/0	43.310/0	39.020/0	29.380/0	32.400/0	23.200/0	24.210/0	29.540/0	31.130/0	34.630/0	8.410/0	8.750/0	45.000/0
Sifilis III-IV	17	29	31	17	11	27	19	10	6	10	6	0	16	13	17	13	252
	3.040/0	3.140/0	4.040/0	3.040/0	2.830/0	7.850/0	7.720/0	5.650/0	4.230/0	7.250/0	4.690/0	5.680/0	7.540/0	5.630/0	9.290/0	5.080/0	4.650/0
Sifilis latent	223	228	154	133	95	129	97	75	73	61	65	95	99	62	67	130	1786
	39.820/0	24.730/0	0.050/0	3.800/0	24.500/0	37.500/0	39.430/0	42.370/0	51.410/0	44.150/0	30.780/0	53.980/0	46.700/0	26.840/0	36.610/0	0.780/0	32.890/0
Sifilis ereditar	9	14	22	26	21	11	12	10	4	14	7	1	13	7	11	13	195
	1.610/0	1.520/0	2.860/0	4.650/0	5.410/0	3.200/0	4.880/0	5.650/0	2.810/0	10.150/0	5.470/0	0.570/0	6.130/0	3.030/0	6.010/0	5.080/0	3.590/0

Tabela Nr. IV. este consacrată sifilisului. Din numărul total de 5430 cazuri, sifilisul I. este reprezentat prin 753 de cazuri (13,87%); sifilisul II. prin 2444 cazuri (45,00%); sifilisul III.—IV. prin 252 cazuri (4,65%); sifilisul latent prin 1786 cazuri (32,89%), iar sifilisul ereditar prin 195 cazuri (3,59%).

Forma cea mai frecventă a sifilisului este deci sifilisul secundar, atât de redutabil prin accidentele sale cutaneo-mucoase generalizate, eminamente infecțioase, ceeace constitue un fenomen destul de trist, în deosebi în perioada de după războiu. Analiza oscilațiunilor anuale ne evidențiază însă și câteva fenomene îmbucurătoare. *Se remarcă până la evidență scăderea pronunțată a formelor proaspete, infecțioase ale sifilisului, mai ales a sifilisului secundar în perioadele mai distanțate de războiul mondial.* Dela 306—548 de cazuri, câte s'au prezentat în medie în anii 1919—1922; s'a putut ajunge la cifre foarte scăzute de 31—48—52 în anii din urmă. Dar în afară de aceasta scădere numerică se observă și o remarcabilă scădere proporțională a sifilisului secundar. Intre anii 1919—1923, sifilisul II. ne da 50—59,43% din toate cazurile de sifilis, ajungând succesiv ca în anul 1934 sifilisul secundar să se prezinte cu o proporție de abia 18,75% din toate cazurile de sifilis. Sifilisul II., deci infecțiile recente devin așadar din ce în ce mai rare, având în tratament mai mult bolnavi cu sifilis latent, adică cazuri vechi neinfecțioase a căror proporție în anul 1934 se ridică la 50,78% din totalul cazurilor de sifilis.

Scăderea accentuată a sifilisului II. se datorește, în afară de rarefierea infecțiilor noi și unui alt fapt îmbucurător. Este vorba de creșterea proporțională a sifilisului I., ceeace înseamnă că un număr din ce în mai mare de bolnavi nu mai așteaptă până la apariția fenomenelor secundare, ci se prezintă la consultații deja în faza de șancru primar. Este semnul unui progres în educațiunea igienico-medicală a populațiunei, care începe să câștige teren și în clasele sociale cele mai inferioare, din cari se recrutează în mare parte clientela Ambulatorului Policlinic. Astfel dela 11,18% a cazurilor de sifilis primar în 1920, s'a ajuns la o proporție de 20,31% în anul 1934.

Tabela V.

Despre tratamentele antisifilitice aplicate.

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	192	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	Total
Neosalvarsan	2317	3830	5880	4349	2635	2777	2962	2722	1298	2533	3953	1807	2533	2836	1183	3372	46.987
Bi													1843	1186	610	1756	5.395
Hg.													449	2106	2216	616	5.387

Tabela Nr. 5 reprezintă date privitoare la tratamentul specific administrat la Ambulatorul Policlinic în cei 16 ani de activitate. Din nefericire nu dispunem de date reale şi precise decât asupra injecţiilor de neosalvarsan; bismutul fiind administrat numai de câţiva ani, iar injecţiile de mercur fiind înregistrate cu exactitate numai începând din anul 1931.

Numărul anual al injecţiilor cu neosalvarsan urmează mai mult sau mai puţin numărul bolnavilor de sifilis cari s'au prezentat în aceşti ani la Ambulator. Micile deosebiri sau nepotriviri cari se observă în unii ani, se datoresc în cea mai mare parte lipsei acestui preţios medicament din arsenalul terapeutic al Ambulatorului. Numărul total al injecţiilor de neosalvarsan administrate în decurs de 16 ani se ridică la cifra de *46,987 doze;* numărul injecţiilor cu bismut în ultimii 4 ani la *5325 doze,* iar numărul injecţiilor cu mercur tot pe ultimii 4 ani la *5387 doze.* Cele mai multe injecţii de neosalvarsan s'au administrat în anul 1921 (5880 doze), iar cele mai puţine în anul 1930 (1807 doze).

Tablourile arătate mai sus reprezintă în cifre activitatea de 16 ani dela Ambulatorul Policlinic din Sibiu. Din analiza acestor cifre rezultă fără putinţă de desmintire constatarea că aceasta instituţie, deşi insuficient dotată şi luptând adeseori cu dificultăţi foarte mari care-i ameninţau la anumite momente chiar existenţa, — a prestat totuşi o muncă uriaşă în domeniul combaterii bolilor medico-sociale, în deosebi a venerilor. Prin aceasta muncă prodigioasă şi deosebit de utilă, Ambulatorul Policlinic din Sibiu şi dimpreună cu el, de bună seamă, în aceeaşi măsură şi celelalte ambulatorii din ţară, îşi legitimează nu numai dreptul la existenţă, dar şi pretensiunea de a se bucura, cel puţin pentru viitor, de o mai largă atenţiune şi solicitudine, atât din partea Ministerului, cât şi din partea autorităţilor locale şi a marelui public.

Idealul ar fi, ca Ambulatoriile Policlinice din oraşele mai mari, cari în acelaşi timp sunt şi importante centre şcolare, să dispună pe lângă secţiile pentru boli venerice, tuberculoză şi infantilă, cel puţin de câte o secţie dentară şi otorinolaringologică. Dispunând de aceste secţii de specialitate, conduse de medici specialişti devotaţi şi bine pregătiţi şi fiind înzestrate cu tot utilajul modern necesar, Ambulatoarele Policlinice vor putea deveni adevărate centre de combatere şi prevenire a bolilor medico-sociale, contribuind într'o măsură cât mai largă la propăşirea sănătăţii publice.

Dr. I. Stoichiţia.
Dr. Tiberiu Schulz.

Revista cărţilor.

Turbarea la om şi animale de *Doc. Dr. Dimitrie Ionescu.* Lucrarea Dlui Dr. Ionescu, vechi asistent al „Institutului Dr. V. Babeşi" şi asistent în clinica Dlui Profesor Nanu-Muscel, este o monografie de mare valoare. Cele 400 de pagini ale lucrării poate fi citite cu plăcere de orice medic sau student în medicină, fiecare capitol fiind interesant şi uşor de citit, având un stil clar şi curgător.

Autorul îşi începe lucrarea cu un istoric care îl împarte în două părţi; una antipasteuriană în care arată că turbarea era cunoscută şi la Egipteni şi este menţionată şi în Biblie şi, a doua parte a istoricului începând dela Pasteur. Aici arată rolul mare care l-a avut în studiul turbării Dr. Victor Babeşi şi contribuţiile aduse de modestul şi eruditul profesor dela Iaşi Dr. Puşcariu. In celelante capitole vorbeşte de „Caracterile virusului rabic", anatomia patologică a turbării, dând o amploare mare turbării experimentale în care se vede că autorul a făcut cercetări îndelungate în această chestiune.

Foarte interesant este descrierea turbării la animale: câini, pisici, cai, bovidee, oi, capre, porci, lupi şi foarte rar la păsări. Cu 7—10 zile înaintea declarării maladii animalul este contagios. In parte turbarea are 2 forme: *forma furioasă* şi *paralitică*. In prima formă e greu de cunoscut animalul în faza premonitorie. Câinele îşi schimbă caracterul, e agitat, alteori trist, caută singurătatea şi întunerecul. Câinele turbat nu-i hidrofob, bea apă cu lăcomie, are apetitul mărit, înghite corpii străini, are de multe ori vărsături sanghivalente, este foarte furios faţă de alţi câini. De mare însemnătate pentru diagnostic este semnul bastonului (când i se arată un baston chiar de stăpânul lui se repede cu dinţii şi-l muşcă). Faza de excitare caracterizată prin nevoia imperioasă de a muşca, durează cam 3 zile, după care vine faza paralitică care durează în mediu 4—5 zile. In tot timpul acestor două faze avem o sialoree accentuată.

Maladia la om are o incubaţie medie de 35—60 zile. In faza prodomică Babeş a descris „febra premonitorie". Mai găsim vărsături biloase, senzaţii dureroase dealungul nervilor, plecând dela locul muşcăturii, turburări psihice şi senzitive, cefalee intensă, melancolie, agitaţie cu predispoziţia de a vagabonda. In faza de stare individul are dificultate în respiraţie, spasul faringelui şi laringelui, aerofobie, hidrofobie, simtom care nu-l întâlnim la câini, sialoree şi temperatură ridicată. Durata fazei de excitaţie este de 1—2 zile după care vine faza de paralizie care durează 1—4 zile. Sfârşitul este fatal întotdeauna.

Se poate confunda la om cu: tetanosul, epilepsia, poliencefalită acută inferioară descrisă de Leijden paralizia ascedentă de tip Landriy, encefalitele epidemice şi după Cantacuzino cu tifosul exantematic. Putem avea turburări nervoase la indivizii muşcaţi de câini turbaţi cari simulează turbarea, aşa numitele *pseudo turbări* semnalate şi descris aşa de magistral într'un articol publicat în „Presse Medicale" de autor. Chestiunei tratamentului îi dă o amploare foarte mare, descriind diferite vaccinuri preconizate până în prezent.

In ultimul capitol vorbeşte de organizaţia vaccinărilor la noi în ţară — arătând diferite legi care privesc aceasta chestiune. Lucrarea Dlui Dr. Dimitrie Ionescu este foarte completă. Citind aceasta lucrare îţi dai seamă de marea experienţă a autorului în materie. Un lucru foarte îmbucurător este că autorul citează pe toţi autorii români cari s'au ocupat de această chestiune. Felicităm pe dl Doc. Dr. D. Ionescu pentru interesanta lucrare care face să contribue la ridicarea prestigiului medical ştiinţific al ţării noastre.

Docent Dr. I. Stoia
Medic primar de spital.

Campania Antiexantematică din Basarabia, de *Dr. Constantin Al. Cinski,* Medic secundar, Spitalul Militar Sibiu.

Chestiunile de higienă socială şi de profilaxie încep să preocupe tot mai mult oficialitatea noastră.

In 1913 ne-a surprins epidemia de holeră care a făcut ravagii în armată şi în populaţia civilă, iar în 1916—1917 ne-a surprins tifosul exantematic, care a secerat atâtea vieţi de luptători.

In ambele cazuri, organizarea luptei contra acestor flagele s'a făcut abia după apariţia epidemiilor şi după ce se plătise tributul atâtor vieţi omeneşti; nu trebue să ascundem adevărul că însăşi marea majoritate a medicilor nu cunoşteau nici aspectul clinic şi nici mijloacele practice de profilaxie ale acestor boli. E timpul deci ca să se umple acest gol: oficialitatea să prevadă, iar medicii să fie la curent cu mijloacele de profilaxie.

In armată s'au introdus şi s'au permanentizat toate mijloacele moderne de profilaxie.

In schimb, în populaţia civilă sunt focare ce tind a deveni endemice, cum este tifosul exantematic în Basarabia. Ministerul sănătăţii pornind campania contra acestui din urmă flagel în Basarabia, a dat prilej personalului sanitar de a se familiariza cu măsurile profilactice şi a face şi operă de educaţie pentru populaţia civilă.

Lucrarea Dr-ului Cinski conţine un preţios material de studiu pentru medicii igienişti şi pentru toţi cei ce se interesează de profilaxia tifosului exantematic.

Dr. Capitanovici.

Revista revistelor.

Revista Română de psihanaliză *Anul I. Nr. 1, Ianuarie—Martie 1935 (Bucureşti).*

Este prima revistă românească de orientare a celor ce se ocupă obiectiv de problemele psihanalitice. Considerată ca organ oficial al cercului român de studii psihanalitice, apare sub conducerea D-lui Docent univ. Dr. C. Vlad *în colaborare cu D-nii* Dr. G. Retezeanu, *asist. univ. şi dir. inst. medico-pedagogic din Cluj,* Dr. I. Popescu-Sibiu, Dr. Justin Neuman *(Bucureşti) şi* Petre Pandrea, *avocat (Bucureşti) — în ceeace priveşte studiile psihanalitice. Din alte domenii învecinate acestor preocupări colaborează D-nii Prof. univ.* Dr. C. I. Urechia *(Cluj), Insp. Gen. Sanit.* Dr. Gh. Preda, Dr. T. Stoenescu *şi* Dr. S. Cupcea.

Sumarul revistei: D. C. Vlad: *„Mâinile Lady-i Macbeth — despre obsesii“;* Dr. I. Popescu-Sibiu: *„Fata de azi la lumina psihanalizei“;* Dr. I. Neuman: *„Aprecieri psihanalitice asupra luptei dintre generaţii: părinţi şi copii“. In legătură cu romanul D-lui M. Eliade: Intoarcerea din rai.*

Din domenii învecinate: Dr. Gh. Preda, Stoenescu *şi* Cupcea: *„Câteva teste de temperament aplicate la bolnavii mintali“;* Dr. G. Preda: *„Câteva date asupra etiologiei psihonevrozelor“.*

Pagina eminesciană: Dr. C. V.: *„Mite“ (romanul D-lui* E. Lovinescu); Dr. V. Costin: *„Din orele de analiză — observaţii şi reflecţii“.*

Critici şi referate: Eduardo Weiss-Roma: *„Agorafobia şi raporturile ei cu accesul isteric şi cu trauma psihică“;* L. Eidelberg-Wien: *„Despre înjosirea obiectului dragostei“;* Helene Deutsch: *„Don Quijote şi Don-Quijotismul“;* Ernest Kris: *„Despre psihologia caricaturii“:* Trude Beraru: *„Psihologia individuală“.*

In condiţii tehnice frumoase, revista va apărea trimestrial. **Dr. Popescu-Sibiu.**

Menetrel. **Les injections intraveineuses de carbone dans l'intoxication aigue par les barbituriques.** (Paris med. 23 Febr. 1935, Nr. 8).

Puterea cărbunelui de a neutraliza toxinele se cunoaşte de mult timp. Autorul a făcut o serie de cercetări asupra acţiunii cărbunelui în legătură cu intoxicaţiunile cu derivaţii barbiturici. Experimentând pe cobai şi iepuri constată că Somnifenul şi Numalul îşi pierde toxicitatea

când se injectează în acelaş timp cu cărbunele activ.

Injecţiunile cu cărbune făcute după ce s'a instalat coma în urma unei doze mortale de derivat barbituric, au provocat totdeauna trezirea animalului.

Redă observaţiunea unui caz în care un individ a luat în scopul de a se sinucide 4 rg. gardonal. La 12 ore după injecţia de cărbune bolnavul îşi revine.

Autorul relevă concordanţa între faptele experimentale la animale şi între rezultatele terapeutice. **Dr. Const. Banu.**

G. Cotte. **Deux cas de prurit vulvaire traités par la résection du nerf présacre.** (Lyon chirurgical tome 31, Nr. 1, Ian.-Févr. 1934).

Autorul descrie două cazuri de rezecţiune a nervului presacral ca tratament al prurit vulvar cronic. Unul executat personal, iar cel de-al doilea de Prof. Walthard din Zürich. G. Cotte insistă asupra leziunilor de celulită pelviană survenită concomitent cu pruritul vulvar şi observă mai rar infiltraţiunea ţesutului celular subperitoneal. Preconizează în toate cazurile, chiar cu complicaţiunile amintite, o rezecţiune presacrată cu simpatectomia peri-ileacă.

Leriche semnalează un succes în rezecţiunea presacrată şi un insucces în simpatectomia peri-ileacă

Santy a avut două insuccese în rezecţiunea presacrată, însă în unul din aceste cazuri prin secţionarea nervului ruşinos a obţinut rezultat favorabil.

Willard recomandă excizia teritoriului unde se prezintă pruritul. **Dr. Ivan.**

Prof. G. Buzoianu. **Problema tratamentului operator în flegmoanele periamigdaliene.** (Clujul Medical, Nr. 7, Iulie 1934.)

Atitudinea chirurgilor mai de mult faţă de un flegmon periamigdalien era împărţită în două curente; prima când deschiderea nu se efectua decât atunci când puroiul era colectat şi pe punctul de a se deschide în cavitatea bucală, aceasta era cea mai veche, şi a doua care este cea mai nouă când intervenţia chirurgicală se efectuiază imediat ce diagnosticul a fost pus.

Autorul consideră că orice întârziere de intervenţie este o complicaţiune pentru bolnav şi este pentru intervenţiunile precoce. Descrie lojile de localizare ale flegmonului şi combate încercările de tratament prin inj. de electrorgal, bacteriofag sau alte medicamente în punctul inflamator.

In principiu intervenţiunea a fost numai cu anestizie locală prin badijonare cu cocaină, injecţiunile cu novocaină fiind pentru extinderea procesului inflamator. Ca instrument recomandă peusita deaceea bisturiul e pericol. Deschiderea o face totdeauna prin procedeul lui *Grünwald-Kilian* adecă în fosa supra-amigdaliană afară de cazurile când bombarea inflamatorie este prea pronunţată în porţiunea inferioară sau externe a migdalei. **Dr. Ivan.**

MASAGE FARINA Biarritz

este recomandat de toate somităţile medicale, dând rezultate strălucite. Se prescriu masage zilnice pentru absolut toate vârstele. MASAGE FARINA BIARRITZ este un preparat cu alcohol care reconfortează.

Pentru domnii medici mostre **numai** pentru uzul personal.

Depozit general pentru România: STRADA LUCACI, 106
TELEFON 3-57-61

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

I. Conferinţe.

In 31 Ianuarie 1935 a avut loc în sala de cursuri a Institutului Obstetric din Sibiu o şedinţă a Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor în cadrele căreia a conferenţiat Dl Profesor Dr. B. Aschner din Viena *despre:* „Terapia constituţională ca bază indispensabilă a oricărei practici medicale".

In cadrele cursurilor Universităţii populare *organizate de „ASTRA" Sibiu în aula Academiei Teologice, a vorbit în ziua de 28 Ianuarie 1935 Dl* Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia *despre:* „Cunoştinţe elementare despre tuberculoză şi combaterea ei"; *în 30 Ianuarie 1935 Dl* medic primar director Dr. Liviu Ionaşiu *despre:* „Binefacerile soarelui", *iar în 4 Februarie 1935 Dl* medic primar judeţean Dr. I. Cosma *despre:* „Rolul vitaminelor în alimentaţie".

In cadrele cursurilor Şcolii ţărăneşti *organizate de Camera de Agricultură din Sibiu, a ţinut o serie de 4 cursuri cu subiect medical şi igienic Dl medic primar judeţean* Dr. I. Cosma.

In ciclul de conferinţe organizat de către Despărţământul Sibiu al „Astrei" şi Asociaţia profesorilor secundari din Sibiu în Sala festivă a Prefecturii de judeţ a ţinut o conferinţă publică Dl Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia *despre:* „Aspecte din viaţa sanitară a României".

II. Activitatea medico-socială.

In zilele de 27 Ianuarie şi 3 Februarie 1935 s'a executat de către echipa de medici, farmacişti şi personal sanitar auxiliar o minuţioasă anchetă medico-socială în comuna Boiţa *din judeţul Sibiu. Cu aceasta ocaziune s'au vizitat toate gospodăriile şi toate locuinţele din comuna Boiţa şi s'au examinat din punct de vedere medical aproape toţi locuitorii comunei. Constatările medicilor s'au consemnat în fişe sanitare individuale, iar locuitorii găsiţi bolnavi au primit medicamente gratuite din farmacia echipei. Prin examinarea locuitorilor din aceasta comună numărul persoanelor examinate în cursul anchetelor medico-sociale de până acum se ridică la cifra de 25.000.*

Pregătirea terenului în vederea anchetei medico-sociale s'a făcut de către Dl Dr. I. Cosma, *medicul primar al judeţului Sibiu, iar echipa în ambele Dumineci a lucrat sub conducerea efectivă a Domnului Inspector General Sanitar* Dr. Iosif Stoichiţia, *având următoarea compoziţie:*

Medici:

Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. V. Mitter, Dr. Ilie Gheorghiu, Dr. Gh. Ghiţescu, Dr. Dumitrescu Atanasie, Dr. Pascu Ctin, Dr. Weindel V., Dr. Tib. Schulz, Dr. Liv. Ionaşiu, Dr. Nicolae Dumitru, Dr. Virgil Stanciu, Dr. C. Lungu, Dr. Mih. Teleman, Dr. O. Vraciu, Dr. I. Löwy, Dr. O. Tutelea, Dr. Ioan A. Popescu, Dr. F. Kenst, Dr. Mihail Capitanovici, Dr. Mavru Aurel, Dr. Liviu Stupariu, Dr. Krauss Ion, Dr. Gherghel Nicolae, Dr. Banu C-tin, Dr. Nanu, Dr. Popescu G. Ştefan, Dr. Traian Coşoveanu, Dr. Ernst Wachsmann şi Dr. Bucur Ioan.

Farmacişti:

Victor Pop şi Aurel Boeriu.

Surori de ocrotire:

M. Manta, I. Simonis, Elena Topolog, Virginia Manta şi Ana Nechifor.

Agenţi sanitari: *Maniu Ioan.*

Om de serviciu: *Duna Alexandru.*

Echipa de medici specialişti a dat cu aceasta ocaziune următoarele consultaţii de specialitate:

Boli interne 137
Boli de copii 43
Ginecologice 52
Otorinolaringologice . . 69
Oftalmologice 52
Neurologice 17
Dermatologice 10
Reacţii Wassermann . 77
Extracţii dentare . . . 58
Medicamente au primit 466 persoane.

In ziua de 3 Februarie 1935 echipa de medici a examinat în afară de populaţia din comună şi pe cei 144 copii orfani ocrotiţi în Aşezământul din Castelul Turnu-Roşu. Toţi copiii au fost examinaţi de către medicii specialişti prezenţi, complectându-se pentru fiecare în parte câte o fişă sanitară individuală, cuprinzând date privitoare la starea internă, dermatologică, nas, gât şi urechi, gură şi ochi.

La reuşita anchetei medico-sociale au contribuit într'o largă măsură intelectualii şi fruntaşii din comună dimpreună cu Dl Director al Aşezământului din Castelul Turnu-Roşu.

Anchetă şcolară.

O echipă de medici specialişti formată din D-nii Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. Mitter, Dr. Păcurariu şi Dr. Stupariu, *s'a deplasat în ziua de 10 Martie în comuna Orlat unde s'au examinat toţi orfanii ocrotiţi în Aşezământul de ocrotire „Vatra copiilor". Au fost examinaţi din punct de vedere intern, oftalmologic şi dermatologic 137 copii, consemnându-se în tablouri toate constatările medicilor şi luându-se imediate măsuri de îngrijire şi tratament. Cu aceasta ocaziune s'a făcut tuturor elevilor şi prima inoculare cu vaccin antiscarlatinos şi antidifteric, o măsură care de altfel va fi executată succesiv şi în celelalte instituţii, precum şi în toate şcoalele din Sibiu.*

KNORR

Alimente tonice reconstituante, fortifiante şi de regim

Pentru

COPII ŞI ADULŢI

anemici, debili, reconvalescenţi
boli de stomac, ficat, rinichi, plămâni

vindecă repede!

Recomandaţi
Cacao de ovăz
Fulgii de ovăz
Făina de ovăz
Grisul de ovăz
Knorr
Făinuri din orez, orz şi porumb
Tapioca şi Sago. — Numai

KNORR

† ***Inspectorul General Dr. Mihail St. Butoianu (1876-1935).*** *Moartea nespus de dureroasă a răpit în mod atât de neaşteptat, în amiaza zilei de 9 Ianuarie 1935, pe eminentul Profesor al Facultăţei de medicină din Iaşi şi iubitul Şef al Serviciului Sanitar al armatei, pe reputatul chirurg M. St. Butoianu.*

Născut în 1876 în Brăila unde-şi trece cu succes bacalaureatul la 1894. In acelaşi an se înscrie ca student al Facultăţei de medicină din Bucureşti, fiind admis tot atunci prin concurs elev al Institutului Sanitar Militar.

Sârguitor la studii, inteligent, de o putere de muncă ce ne-a uimit pe noi toţi cei ce l-am cunoscut şi care nu l-a părăsit decât acum la moarte, nu putea să nu fie imediat remarcat de Profesorul Dr. Demosthen sub auspiciile şi conducerea căruia a început studiile medicale şi în serviciul căruia, a simţit şi desvoltat neîntrerupt înclinaţiunile pentru chirurgie, specialitate în care ilustrul dispărut avea să strălucească atât de viu, timp de trei decenii şi jumătate.

In teza sa inaugurală susţinută la 1900 „Contribuţiuni la studiul herniilor inguinale apendiculare" chestiune ce la acea epocă era la ordinea zilei şi care forma obiectul a numeroase şi aprinse discuţiuni în sânul Academiei de medicină din Paris cât şi la noi, Butoianu avea să susţină o terapeutică consistând în cura radicală a herniei inguinale complectată cu apendicectomia, terapeutică ce şi astăzi este în fiinţă şi care pledează încă pentru distinsa personalitate a dispărutului.

Muncind zi şi noapte în spital, încălzit doar de focul sacru al artei chirurgicale, nu putea să nu pătrundă şi în învăţământul medical în aceiaşi ramură unde îl găsim în Mai 1908, prosector al Laboratorului de medicină operatoare a Facultăţei de medicină din Bucureşti, ajungând graţie perseverenţei la scurt interval de timp subdirector al acestui laborator, calitate în care ani dearândul va iniţia pe studenţii acestei facultăţi, în tehnica operaţiunilor chirurgicale. Docent de medicină operatorie în 1913, cu începere din Ianuarie 1914, în urma recomandaţiilor făcute de consiliul profesoral şi de senatul Universitar, ţine cursul complimentar de medicină operatoare, obligator pentru studenţi — este numit câteva luni mai târziu prin Inalt Decret Regal Şeful Serv. Chirurgical din Spitalul Militar Regina Elisabeta, calitate în care a activat până în August 1916, când este numit Şeful Spitalului de Evacuare al Corp. II Armată, instalat pe front la Rucăr, apoi în C.-Lung, Goleşti şi unde a îngrijit de răniţii dela Bran, Dragoslavele, Cumpăna, retrăgându-se la Sascut-Putna unde conduce din Aprilie 1917, Spitalul de Evacuare chirurgical Radiologic Nr. 3 ingrijind de miile de răniţi de pe frontul Oituz-Mărăşti şi Mărăşeşti — practicând peste 1000 de operaţii de mare chirurgie şi îngrijind peste 10.000 răniţi şi tifici în ambele spitale.

In iarna 1917—1918 face cu studenţii Facultăţii de medicină din Iaşi un curs de „Asistenţă chirurgicală" pe câmpul de luptă şi chirurgie de războiu, curs bazat pe cunoştinţele teoretice ce le poseda, cât mai ales pe practica zilnică făcută pe răniţii ce s'au perindat în spitalele amintite mai sus.

Suplineşte catedra de medicină operatoare din Bucureşti până la Ianuarie 1924 când este numit conferenţiar definitiv, câteva luni mai târziu

fiind numit profesor definitiv de medicină operatoare, la Facultatea de medicină din Iaşi.

Activitatea sa nu s'a mărginit numai la intervenţiunile chirurgicale sau la cursurile rostite dela înălţimea catedrei ci s'a manifestat şi printr'o intensă, variată şi serioasă publicistică, apărută în diverse reviste medicale române şi streine.

Urmele adânci ale acestei mari şi neîntrerupte activităţi se pot judeca după foştii lui elevi ajunşi astăzi conferenţiari definitivi, docenţi, şefi de servicii chirurgicale şi valoroşi secundari, în clinicele facultăţilor din Bucureşti şi Iaşi, precum şi în Spitalele Militare din ţară.

Fie ca exemplul vieţei lui de necurmată muncă, de îndeplinire fără şovăire a datoriei, de devotament integral pentru ştiinţa medicală, să rămână făclia călăuzitoare în toată această perioadă de delăsare a spiritelor, de întunecare a activităţii rodnice ştiinţifice, la tinerele generaţii. *Dr. Mavru A.*

O nouă instituţie sanitară. *In urma stăruinţelor depuse de către Domnul Inspector General Sanitar Dr. Gheorghe Preda, Profesor Dr. Tomescu şi Dr. Liviu Ionaşiu, Ministerul Sănătăţii a înfiinţat în clădirile fostei Colonii de Muncă din Râul-Vadului, judeţul Sibiu, un Ospiciu pentru bolnavi cronici mintali. Acest Ospiciu aparţine Spitalului de Boli Mintale din Sibiu, are de prezent in îngrijire 120 bolnavi şi este condus de Dl Dr. Liviu Ionaşiu în calitate de medic primar director. Prin crearea acestui Ospiciu s'a putut produce o descongestionare a Spitalelor de boli mintale care erau supra încărcate cu bolnavi. Este vorbă ca noul Ospiciu în anul viitor să funcţioneze cu cel puţin 200 paturi.*

Decoraţii *In urma propunerii făcute de către Dl Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia iniţiatorul şi conducătorul anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu, şi în urma avizului favorabil dat de către Domnul Ministru al Sănătăţii Dr. Costinescu, Majestatea Sa Regele a acordat Crucea Meritul Sanitar în diferite grade medicilor, farmaciştilor şi personalului sanitar auxiliar cari au luat parte în mod intensiv la aceste anchete medico-sociale. Prin Inalta distincţie acordată se consfinţeşte şi se recunoaşte munca altruistă şi devotată a corpului medical şi sanitar din Sibiu desfăşurată pentru binele şi propăşirea sănătăţii publice.*

Inmânarea Brevetelor se va face în cadrele unei mici sărbători a corpului medical sibian.

Au fost decoraţi cu ***Meritul sanitar Cl. I. Domnii:***

Dr. Liviu Ionaşiu, medic primar director la spitalul de boli mintale din Sibiu, Dr. Mitter Valeriu, medic primar la spitalul public Sibiu, Medic Colonel Dr. Worell, Dr. Horaţiu Tănăsescu, medic primar la Institutul obstetric Sibiu, Dr. Manta Cornel, medic primar la spitalul public Sibiu; Pop Victor, farmacist Sibiu, Domnariu Ion, farmacist Sibiu, Dr. Vraciu Oliver, medic de circumscripţie Avrig, Dr. Ilcuşu Emanuil, medic de circumscripţie Sibiu, Dr. Dobrotă Eugen, medic de circumscripţie Poiana, Dr. Dumitru Dădârlat. medic de circumscripţie Armeni, Dr. Oprean Octavian, medic de circumscripţie Doştat, Dr. Olariu Ioan, medic de circumscripţie Orlat, Dr. Bucur Ioan, medic de circumscripţie Răşinari, Dr. Hozan Nicolae, medic C. F. R., Dr. Lungu Cornel, medic secundar la spitalul de boli min-

tale, Dr. Dosios Atanasie, medic auxiliar la spitalul de boli mintale, Dr. Ivan Cornel, medic secundar spitalul public Sibiu, Dr. Stupariu Liviu, medic secundar spitalul public Sibiu, Dr. Moga Remus, medic Casa Cercuală, Dr. Burlă Arcadie, medic radiolog spitalul public Sibiu, Dr. Popescu I. Adam, medic secundar la Institutul Obstetric Sibiu, Dr. Ghițescu Gheorghe, medic căpitan, Dr. Gheorghiu Ilie, medic căpitan, Dr. Roșca Dumitru, medic locotenent, Dr. Gâdei Mihai, medic locotenent, Dr. Weindel Victor, medic internist la Ambulatorul Policlinic Sibiu, Dr. Thullner Martin, medic de circumscripție Roșia, Dr Kenst Felix, medie de circumscripție Slimnic, Dr. Kisch Ernst Iunior, medic internist, Dr. Draser Andrei, medic de circumscripție Mercurea, Dr Kotschik Mihail, medic comunal Cristian, Dr. Arz Arnold, medic secundar spitalul public, Dr. Hager Wilhelm, medic școlar, Dr. Antal Alexandru, medic Casa Cercuală, Dr. Birthler Robert. fost medic de circumscripție Cisnădie, Dr. Dietrich Gerhardt, medic oculist Sibiu, Dr. Roth Victor, medic dentist Sibiu, Dr. Löwy Isail, medic de circumscripție Ocna-Sibiului, Dr. Pascu Constantin, medic căpitan, Dr. Neumann Wilhelm, medic Casa Asigurărilor Sociale;

D-na Simonis Iosefina, soră de ocrotire și D-ra Buzea Voichița, soră de ocrotire.

Crucea Meritul Sanitar Cl. II-a:

Roșca Maria, soră de ocrotire Săliște, Manta Virginia, soră de ocrotire Sibiu, Nemeș Elisabeta, soră de ocrotire Săcel și Topolog Elena, soră de ocrotire Turnișor.

Crucea Meritul Sanitar Cl. III-a;

Duna Alexandru, laborant Sibiu.

Dela filiala societății de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie.

Filiala acestei societăți a ținut următoarele ședințe sub președenția D-lui Dr. Gh. Preda, Inspector General Sanitar:

11 Ianuarie 1935. 1. *Dl Dr. Gh. Preda: Recenzarea revistei Annales médico-psychologiques Nr. 9, 1934.*
2. *S. Cupcea: Raportul lui Birnbaum la Congresul I. de Igienă mintală.*

25 Ianuarie 1935. Dl Dr. Gh. Preda: Recenzarea revistelor Annales méd. psăchol. Nr. 10, 1934 și Revista de Igienă Socială.

2 Februarie 1935. Dl Dr. Gh. Preda a ținut o conferință cu subiectul „Asupra diagnosticului în psichonevroze".

15 Februarie 1935. S. Cupcea: „Prezentarea volumului I și II din „L'Anné psychologique" pe anul 1933.

22 Februarie 1935. Dl Dr. Gh. Preda: Recenzarea ultimilor numere din „Revue de psychologie appliqué".

Dr. I. Popescu-Sibiu: o conferință cu subiectut: „Psihanaliza și estetica".

Congresul internațional de istorie a medicinei *se va ține anul acesta la Madrid dela 23—29 Septemvrie. Congresul va fi compus din patru secțiuni, fiecare din ele luând în discuție următoarele chestiuni: 1. me-*

BIBLIOTECA G „ASOCIAȚIUNII" SIBIIU

dicina în America în timpul descoperirei şi colonizării ei; 2. medicina arabă din Spania; 3. chestiuni de folklor medical în diferite ţări civilizate; 4. conferinţe şi comunicări. Ţara noastră a acordat cinstea de-a o reprezenta la acest congres d-lui Dr. Victor Gomoiu, conducătorul societăţii regale de istorie a medicinei.

Fixarea datei pentru examenul de capacitate pentru medicii de circumscripţie. *Examenele de capacitate au fost fixate de Ministerul sănătăţii pentru data de 2 Mai. Se vor putea prezenta medicii sanitari de circumscripţii urbane, rurale şi medicii comunali.*

Au drept să se prezinte la acest examen cei ce îndeplinesc următoarele condiţiuni:

1. Să fie doctor în medicină cu liberă practică în ţară;

2. Să fie cetăţean român;

3. Să nu fie condamnat prin hotărâre judecătorească la vreo pedeapsă infamantă;

4. Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcţionarilor ministerului sau exclus temporar în momentul cererei, sau pus în retragere din oficiu, pentru cazurile prevăzute de prezenta lege;

5. Să nu fie destituit din alte funcţiuni publice sau căzut în vreuna din pedepsele care după legile privitoare la funcţionarii publici, le-ar interzice dreptul de-a mai ocupa asemenea funcţiuni;

6. Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării.

Candidaţii vor trebui să dovedească un stagiu de 3 luni — (după obţinerea titlului de doctor în medicină) într'un serviciu de boale infecţioase, de obstetrică şi de pediatrie. Sunt dispensaţi de acest stagiu internii cu concurs ai spitalelor, medicii auxiliari şi preparatorii de clinici, care vor dovedi că au făcut aceste stagii.

Medicii cari au diplome de igienişti sunt dispensaţi de aceste stagii, dacă le-au făcut în timpul cursului sau anterior.

Concursul: onstă dintr'o probă scrisă de igienă şi boale infecţioase; probă clinică de medicină internă sau medicină infantilă şi o probă obstetrică.

Candidaţii vor înainta la ministerul muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale actele însoţite de cereri şi de suma de 1000 Lei. Înscrierile se fac cu cel puţin 30 de zile libere înainte de data de 2 Mai.

Candidaţii deja înscrişi la examenul din 19 Noemvrie 1934 şi sunt cu toate actele complecte, se socotesc de drept înscrişi la acest examen.

Candidaţii ce au fost înscrişi dar n'au actele complecte — sunt nevoiţi a le complecta la timp pentru a putea fi admişi.

Decizia ministerului referitoare la salariile restante ale medicilor. *Ministerul de Finanţe a hotărât plata cu bonuri a salariilor rămase în restanţă. S'au luat următoarele dispoziţiuni:*

Dnii medici care au de încasat salarii sau orice alte diurne restante până la 31 Martie 1934, vor cere dela autoritatea dela care sau prin care au de încasat aceste sume, un certificat de totalul sumelor, pe care-l vor anexa unei cereri tip, ce se găseşte la ad-ţiile financiare.

Această cerere se va face în dublu şi se va preda ad-ţiei financiare locale împreună cu certificatul respectiv, iar ad-ţia financiară locală va elibera dublicatul drept dovadă.

Ad-ţia va înainta Ministerului de Finanţe aceste acte şi va primi în scurt timp, bonurile respective, pe care le va preda titularului fără alte formalităţi.

Regulamentul referitor la concursul pentru medicii secundari de spitale. *In Monitorul Oficial Nr. 49 din 27 Februarie 1935, a apărut noul regulament pentru recrutarea medicilor secundari de spitale.*

Dela data publicărei acestui regulament, toate posturile de medici secundari de spitale devenite vacante, se vor ocupa numai de cei ce vor obţine media minimă de 15 la concurs, şi în ordinea clasificărei.

Concursul va avea loc în fiecare an în lunile Aprilie şi Noemvrie la Bucureşti, Cluj şi Iaşi la fiecare centru participând medicii ce vor să ocupe un post în jurul centrului respectiv. Posturile vacante vor fi publicate înainte cu 60 de zile de examen în Monitorul Oficial.

Candidaţii sunt obligaţi să înainteze cererea cu 15 zile libere înainte de data fixată pentru concurs.

Condiţiunile necesare pentru participarea la examen se pot lua din Monitorul Oficial Nr. 49.

Posturi vacante: *Un post de medic de circumscripţie la Ponor, judeţul Alba; medic secundar la Sanatoriul T. B. C. Aiud, un post de medic primar de boli chirurgicale dela spitalul din Abrud; un post de medic auxiliar la spitalul de Stat din Făgăraş, postul de medic de circumscripţie Târlungeni, judeţul Braşov şi un post de medic de circumscripţie în judeţul Odorheiu.*

Tipografia — Librăria — Compactoria
„Dacia Traiană", Sibiu
Piaţa Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm:

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu preţuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu preţuri reduse.

CĂRŢI LITERARE, ŞTIINŢIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu preţuri originale.

COMPACTĂM cu preţuri convenabile: Cărţi, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

Un microbicid energic dar nu anticelular!

LABORATORUL VOREL din Piatra-N. recomandă domnilor Medici o specialitate românească cu un efect cel puţin egal specialităţilor similare străine: **PEROXUL VOREL,** lichid antiseptic, cicatrisant şi netoxic.

Un antiseptic cu adevărat util, trebue să fie în primul rând netoxic, putând fi întrebuinţat de bolnavi, fără nici un pericol.

Să fie un microbicit energic, dar nu anticelular. Cu alte cuvinte antisepticul distrugând microbii, să conserve vitalitatea celulară; căci celula conservată, îşi păstrează toate funcţiunile fiziologice şi fagocitare, ce contribue alături de antiseptic la refacerea ţesuturilor.

PEROXUL VOREL îndeplineşte toate aceste condiţiuni.

PEROXUL VOREL în contact cu plaga degajă oxigen născând, fără a ataca vitalitatea ţesuturilor. De aceia indicaţia lui a dat excelente rezultate în anghini, amigdalite, laringite, stomatite, erizipel, degerături, ulcere torpide, în combustii de orice grad, în vaginite, metrite, salpingite, şancăr sifilitic, etc.

In tratamentul bolilor de femei, 4—5 linguri de PEROX pur la un litru de apă fiartă şi răcorită.

In combustii şi opăreli, compresele sterilizate vor fi muiate în o soluţie formată din o parte PEROX VOREL şi patru părţi apă fiartă şi răcorită. După câteva zile de pansamente, ţesuturile sunt complect refăcute.

PEROXUL VOREL înlocuieşte în chip ideal apa oxigenală brută, şi toate specialităţile similare străine.

Pentru experimentare se trimit eşantilioane gratuite la cererea D-lor Medici, împreună cu indicatorul terapeutic al Laboratorului.

PEROX VOREL

antiseptic-cicatrisant, netoxic

LABORATORUL VOREL PIATRA-N.

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru administrație, la Drogueria I. Baciu, str. Regina Maria 10, Sibiu.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei	4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„	2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„	1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1934.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie colorată)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	50	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**

156, rue des Fauvelles — **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

CHINOIN·S·A·

Ovar complect

HOGIVAL

preparat ovarial conţinând hormonul sexual femenin, standardizat pe unităţi de şoarec.

Conţine şi produsele secundare ale ovarului şi ale foliculelor!

TABLETE: de 50, 100, 300, 1000 U. S.

INJECŢIUNI: de 25, 100, 500 (Sol. apoasă), 1000, 10.000 U. S. (Uleioasă)

REPREZENTANŢA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S·A· BUCUREŞTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

Anul II. No. 3—4. 10 Lei Exemplarul. Martie—Aprilie 1935.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie:
Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I.
Secretari de redacţie:
Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacţie:
Drii A. Burlă, N. Comşa, I. Cosma, G. Ghiţescu, I. Gheorghiu, N. Hozan, I. Ilcuş, L. Ionaşiu, C. Manta, Mavru, N. Mihail, V. Mitter, R. Moga, Gh. Păcurar, C. Pascu, D. Roşca, I. Slavu, I. Sturza, H. Tănăsescu, F. Vilt.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500
Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.
Coresp. - inserate reclamă:
la Drogueria I. BACIU, Sibiu, Str. Regina Maria 10

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Dr. Gh. Preda şi *Dr. L. Ionaşiu:* Observaţii asupra comportării sufleteşti a bolnavului mintal lucrător . . . . . Pag. 65

Doc. Dr. O. Filipescu: Perforaţiile intestinale tifice şi tratamentul lor . . . . . „ 76

Dr. Tiberiu Schulz: Concepţia actuală în tratamentul antisifilitit . . . . . „ 83

Dr. C. Ivan: Prevenirea şi combaterea accidentelor în rachianestezie . . . . . „ 90

Dr. Mara Teodor: Rezultatele recente obţinute în tratamentul tuberculozei pulmonare cu pneumotoracele artificial în ultimii trei ani la sanatorul T. B. C. din Aind „ 94

Dr. Salcă Eugen: Apendicita şi Sarcina . . . . . „ 100

Dr. Cassiu Suciu: Neosalvarsanul şi tratamentul septicemiilor carbunoase grave . Pag. 104

Dr. Vasile Voinovici: Despre relaţia între temperatura şi cantitatea laptelui . . . . „ 107

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Pe marginea statificării serviciilor şi instituţiilor sanitare judeţene şi comunale . . . . . Pag. 109

Dr. I. Stoichiţia şi *Dr. I. Cosma:* Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu . . . . . „ 115

Revista revistelor . . . . „ 119

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu . . . . „ 122

Note şi informaţiuni . . . „ 129

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ŞI CHIMIE BIOLOGICĂ
Dr. TELEMAN & Dr. ROŞCA
SIBIU, STR. MITROPOLIEI Nr. 17

BIOTONICUM

ROBORANS-TONICUM-STOMACHICUM

este o compoziţie cu un gust foarte plăcut de Liquor mangano zaharat de fer cu 5% de glicerofosfat de Na cu şi fără Arsen. O sticlă originală conţine **250 gr. suficient pentru 7 zile,**
Se află în toate farmaciile cu preţul de **Lei 95·—**

Indicaţiuni :

In toate formele de anemii (Fe., Mn); chloroză, boale nervoase (P), histerie,

neurastenie, senilitate, astenie şi surmenaj general,

în convalescenţă; reconfortant excelent indicat mai ales

după boalele infecţioase şi după operaţii, la epuizare intelectuală şi corporală;

în tuberculoză generală şi pulmonară (reducerea secreţiunilor prin Mn.),

în diatezele exsudative, rachitism, boala lui Basedow,

la boalele tubului digestiv şi ale nutriţiei;

în neuroză şi ulcer gastric, hiperclorhidrie şi atrofia mucoasei stomacale (Achilia gastrică),

în eczemele cronice (As) şi fosfaturie etc.

Farmacia „La Primărie" O. Alesi, Sebeş-Alba.

Anul II. Nr. 3—4. 10 Lei Exemplarul. Martie—Aprilie 1935.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

Eupaco Merck

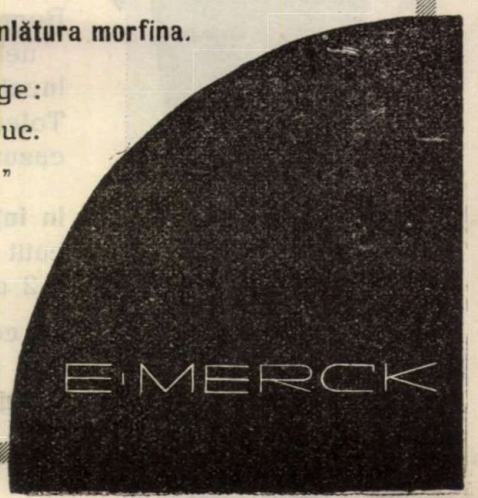
Spasmoticul sigur

la toate spasmele al musculaturei netede.
Calmant repede,
prin aceasta e posibil a înlătura morfina.

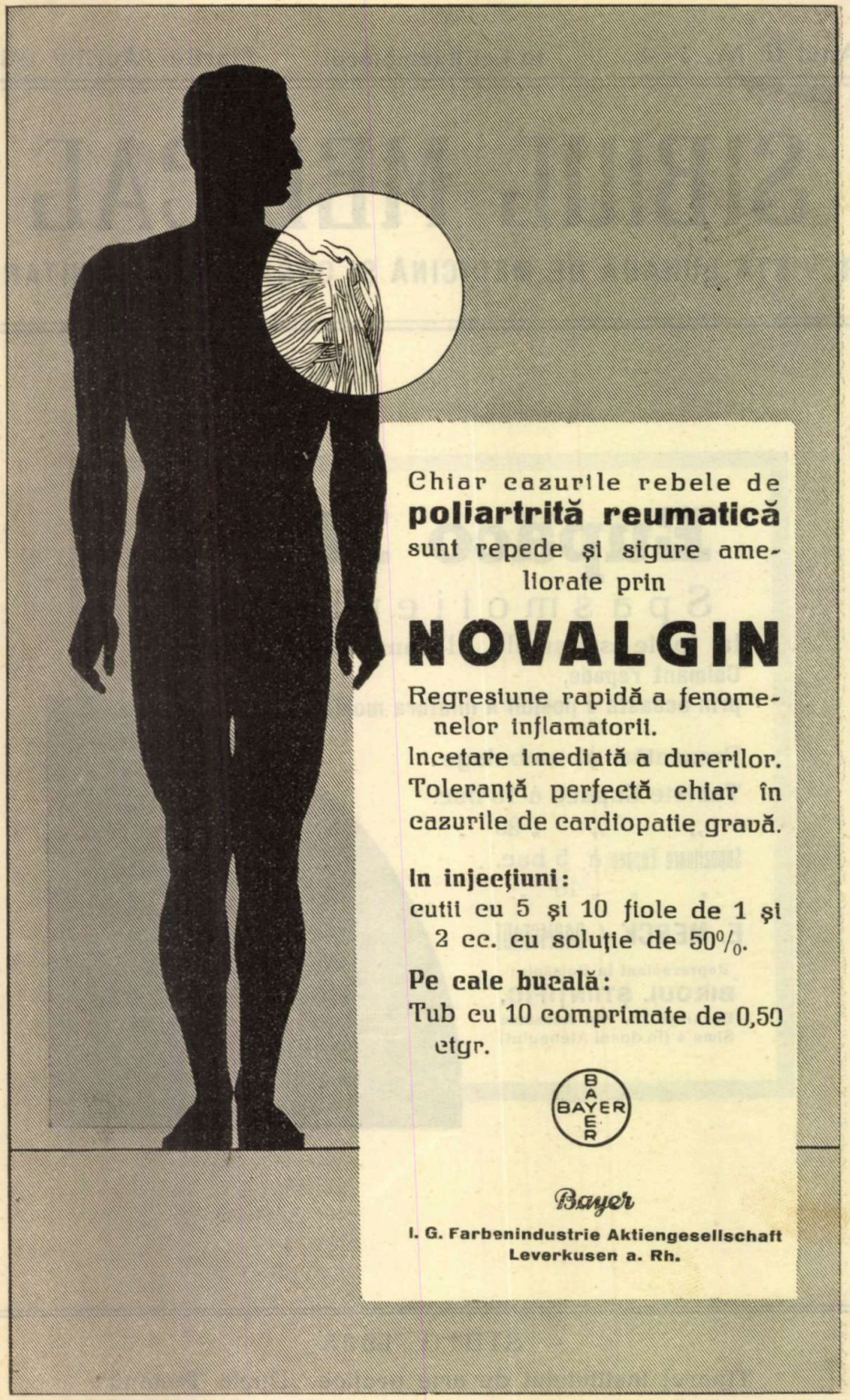
Prezentări şi ambalage:
Tablete Eupaco à 10 buc.
„ „ „ 20 „
Supozitoare Eupaco à 5 buc.
„ „ „ 10 „

E. MERCK / DARMSTADT

Reprezentant în România:
BIROUL ŞTIINŢIFIC,
Bucureşti III, Str. Anastase Simu 6 (în dosul Ateneului)



SIBIU, 1935
Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“



Chiar cazurile rebele de
poliartrită reumatică
sunt repede şi sigure ameliorate prin

NOVALGIN

Regresiune rapidă a fenomenelor inflamatorii.
Incetare imediată a durerilor.
Toleranţă perfectă chiar în cazurile de cardiopatie gravă.

In injecţiuni:
cutii cu 5 şi 10 fiole de 1 şi 2 cc. cu soluţie de 50%.

Pe cale bucală:
Tub cu 10 comprimate de 0,50 cgr.

BAYER

Bayer

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Mostre şi literatură prin reprezentanţii generali pentru România:
„Pharma"-Studerus & Co., Bucureşti I, str. Brezoianu Nr. 53.

Observaţii asupra comportării sufleteşti a bolnavului mintal lucrător

de

Dr. Gh. Preda,
Medic Primar Director superior
Inspector General sanitar.

şi

Dr. Liviu Ionaşiu,
Medic Primar Director.

A) Consideraţiuni generale.

Ştim că una din obiecţiunile importante aduse operei şi testelor lui Binet din partea psihologilor în special germani (Stern, Poppelreuter, Giese, etc.) a fost aceia că testul provoacă o reacţiune a individului şi că rezolvarea lui reprezintă numai răspunsul la o anumită problemă. Cel mai valoros fapt, acel al spontaneităţii examinatului lipseşte în examenele cu aceste teste.

Ştim că o activitate spontană (fără multe provocări) se obţine lăsând pe individ să cerceteze şi să găsească singur soluţiile sau adevărurile unui fapt sau acţiuni date. Prin acest exerciţiu sau procedeu se evidenţiază şi se desvoltă puterea de gândire.

Activitatea spontană a gândirei se traduce la exterior prin mimică, gest, vorbe etc., care trebuesc notate când este vorba de a observa sau studia comportamentul sufletesc al individului faţă de acţiunea executată.

Considerându-se această observaţie sau studiu ca un compliment al testului, s'a încercat la început în selecţia profesională întregirea testului aşa fel, ca să i se poată da examinatorului, ocazia să observe atitudinea şi conduita examinatului înaintea şi în timpul executărei actului.

Mai târziu această probă (care mergea până la 3 ore) nu a mai fost considerată ca un compliment al examenului de test, dar ca o parte integrantă din test.

Prin observaţia examinatului se înlesneşte interpretarea simptomatică a testului. Ea prezintă o însemnătate deosebită în stabilirea unui diagnostic cu privire la succesul sau insuccesul examinatului.

Dacă prin valoarea simptomatică a testului se pot scoate în evidenţă însuşirile şi aptitudinile (care se pot manifesta faţă de el), prin interpretarea simptomatică să ia în considerare toate rezultatele şi se conchide care din ele au importanţă decisivă în rezolvirea sau nerezolvirea testului (valoarea diagnostică).

Poppelreuter a fost cel dintâi care a vorbit de o metodă simptomatică la care pe lângă test se adaogă şi o practică psihologică de observare, metodă care să permită interpretarea rezultatului testului.

Psihologii americani: Sydney Pressey şi Luella Cole Pressey recomandă observarea prin teste suplimentare numai a insucceselor.

F. Baumgarten merge mai departe şi prin observare caută interpretarea rezolvării exacte a testului adică a succesului.

Când este vorba însă să observăm un examinat felul de observare şi de interpretare poate fi deosebit.

Dacă 10 observatori observă un individ vedem că atenţia fiecărui din ei se concentrează la aceea ce-l interesează deosebit sau la ceeace însoţeşte anumite idei preconcepute. Unul va observa mai mult părţile corporale, altul mimica, altul starea lui de agitaţie, etc. Vom obţine deci dela fiecare din ei rezultate, care dacă le-am întruni căpătăm un tablou mai bogat sau mai exact asupra examinatului, luate însă izolat aceste rezultate se prezintă sărăcăcioase şi unilaterale. Se întâmplă apoi des ca aceste rezultate să se contrazică. Despre unul şi acelaş examinat unul poate spune că este timid, iar altul că este încrezut.

Pentru a întâmpina aceste fapte se impune: *a)* să sistematizăm adică să însemnăm momentele şi punctele esenţiale ce trebuesc luate în considerare la fiecare examen, *b)* să ne învăţăm să observăm cât mai mult, mai bine şi mai exact.

Foile de observaţie din proba de lucru sau de muncă întocmite până acuma ca şi acele ale bolnavilor (asupra cărora unul din noi şi-a expus deja o părere)*) au o valoare problematică fiindcă nu cuprind o bună selecţionare a punctelor de observaţie, şi nu stabilesc un raport între aceste puncte. Ele reprezintă mai mult o sumă de adjective care sună frumos.

Francisca Baumgarten descrie felul cum să se exerciteze studenţii de Universitate, la luarea unor astfel de observaţii.

---

*) Dr. Gh. Preda: Remarques sur les observations et recherches psychiatriques. (Volume Jubilaire du Prof. Dr. C. I. Parhon).

Dânsa pretinde fiecărui student să-şi îndrepte şi să-şi concentreze atenţiunea asupra unui obiect, subiect (persoană) şi situaţii, stabilind constatări de existenţă, de cantitate, de calitate şi de situaţii.

In cele dintâi constatări studentul trebue să se pronunţe dacă există sau nu ceva? Ce există? Şi aşa mai departe.

In determinarea cantităţei şi calităţei va exprima mărimea, numărul, măsura, felul, etc.

Iar asupra situaţiei se va pronunţa ce este în împrejurarea dată? Ce se petrece acolo? etc.

In observarea unui om se va atrage deci atenţia asupra: exteriorului lui, reacţiunilor lui faţă de stimuli, faţă de ceia ce-l impresionează sau îl face să reacţioneze, precum şi exteriorizările lui spontane.

Descriind ceia ce se oglindeşte în exterior, în atitudini, conduită, etc. se face o judecată de apreciere exprimată prin noţiunile: frumos, îndemânatic, simpatic, etc.

Reacţiunilor la impresiunile din afară (mediu, persoană, lucru sau acţiune, etc.) li se dă o interpretare.

Tot o interpretare se face şi cu privire la exteriorizările spontane care nu sunt provocate prin influenţele mediului sau a experientărei, ci prin interesele proprii ale examinatului, prin plăcerea sau neplăcerea la acţiunea pe care o suportă.

Distincţiunea între exteriorizarea reactivă şi cea spontană permite deosebirile caracterologice. Când examinatorul a căpătat o rutină în a distinge aceste manifestări va putea întreprinde observaţia sa după o schemă dată.

O bună observaţie întreprinsă asupra unui examinat trebue deci să parcurgă următoarele etape: observarea pură, observarea însoţită de cele 2 determinări de măsură, apoi însoţite de o judecată de apreciere şi în sfârşit de interpretare.

F. Baumgarten propune pentru selecţia profesională o foaie de observaţie tipică (standardizare), care prin felul cum sunt sistematizate şi detaliate observările, uşurează foarte mult studiul spontaneităţei comportamentului sufletesc al examinatului.

In credinţă că o astfel de observaţie trebue să însoţească o observaţie clinică a bolnavului nervos sau mintal, noi am modificat (întrucâtva) acest chestionar adaptându-l pentru examinarea diferitelor categorii de bolnavi mintali lucrători din Spital.

Foaia de observaţie întocmită cuprinde următoarele date:

B) Comportarea examinatului.

I. La prezentare.

A) Fizic
- 1. Înălțimea: mare, mijlocie, mică
- 2. Desvoltarea corporală generală: subțire, îndesat
- 3. Desvoltarea corporală parțială:
  - țesut muscular: mult / mijlociu / puțin
  - „ grăsos: mult / mijlociu / puțin
  - „ osos: mult / mijlociu / puțin
- 4. Înfățișarea: sănătos, bolnav
- 5. Îngrijirea: curat, neglijent

B) Mimica, gestul
- 1. Vioiu, stupid, indiferent
- 2. Bogat, sărac
- 3. Schimbăcios, (variat), monoton

C) Atitudinea personală
- 1. Afect: vesel, serios, indiferent, trist
- 2. Motilitate: sprinten, (viu), încet, tacticos, tremurând, potrivită
- 3. Încrederea în sine: liber, timid (sfios), inhibit
- 4. Comportarea față de examinator și mediu:
  - deschis (comunicativ), închis, rezervat.
  - Curios, indiferent (apatic)
  - Politicos, modest, îndrăsneț, (inoportun), sgomot.

II. La expunerea problemei sau explicarea instrucțiunei:

A) Ascultă cu atenție privind examinatorul sau lucrarea:
- din atențiune
- privește fără să asculte (distrat)
- privește întrerupt.

B) Preumblă privirea împrejur:
- 1. Fiindcă și așa poate fi atent
- 2. Fiindcă nu se poate concentra
- 3. Nu-l interesează chestiunea.

C) Pune întrebări:
- 1. Fiindcă a auzit rău (defect auditiv) sau din lipsă de concentrație
- 2. Fiindcă nu a înțeles
- 3. Fiindcă îl interesează în deosebi chestiunea
- 4. Pentru a câștiga timp spre a nu începe imediat lucru
- 5. Fără rost.

D) Nu pune întrebări:
1. Pentrucă înţelege totul
2. Se grăbeşte la rezolvarea problemei
3. Din stupiditate sau mutism în care se găseşte
4. Nu-l interesează chestiunea.

E) Întrebuinţează expresii ce anticipează posibilităţile de executare:
1. Spune că problema este uşoară:
   a) Fiindcă este uşoară pentru el
   b) Fiindcă nu a cuprins cu vederea greutăţile
   c) Din îngânfare de a se lăuda.
2. Spune că nu va putea rezolva problema:
   a) Din cunoştinţa forţelor proprii
   b) Din sentiment de inferioritate
   c) Din neînţelegerea corectă a problemei
   d) Ca motiv care maschează lipsa de interes.

F) Judecă sau critică problema
1. Prin vorbe:
   a) Din necesitate comunicativă
   b) Prin înclinare la cicălire (tracasare)
   c) Prin tendinţa de a-şi evidenţia eul
   d) Prin spirit de opoziţie sau contrarierate
   e) Prin vorbe fără rost.
2. Prin semne care pot indica:
   a) Interesul
   b) Repulsia
   c) Dispreţul
   d) Nesiguranţa.

III. La începerea lucrului

A) Se angajează:
1. În mod serios, grav:
   a) Fiind o fire serioasă
   b) Problema îi pare importantă
   c) Este necăjit sau supărat.
2. Mai puţin serios:
   a) Fiind întâmplător bine dispus
   b) Fiindcă problema i se pare o distracţie sau caraghioasă
   c) Fiind o fire fără griji
   d) Din apatie (lipsă de interes)
   e) Fiind instabil.
3. Zelos:
   a) Cu râvnă
   b) Din interes
   c) Din dorinţa de a termina repede
4. După insistenţă.

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASTRA" SIBIIU

B) La începutul lucrării
- 1. Reflectează în prealabil (chibzuește)
  - a) Fiindcă problema este grea
  - b) Fiindcă este obișnuit să reflecteze
  - c) Din prevedere.
- 2. Nu reflectează și acționează:
  - repede
    - a) Fiind prea activ
    - b) Fiind vioi (agitat)
    - c) Fiindcă a priceput repede
    - d) Fiindcă îl interesează
    - e) Din neprevedere
    - f) Fiindcă nu poate chibzui (nefiind obișnuit)
  - încet
    - a) Din frică (pasivă) sau din apatie
    - b) Nu are interes pentru problemă.
  - Cu întârziere
    - a) Fiindcă nu a înțeles problema
    - b) Din precauție (prevedere)
    - c) Din lipsă de hotărâre
    - d) Din timiditate
    - e) Supărare, fiindcă a trebuit să se supună examinării
    - f) Fiindcă are trac.

IV. În timpul execuțării lucrului sau problemei

A) Atențiunea îndreptată
- 1. Asupra întregei probleme și asupra sfârșitului
  - a) Din năzuința de a ajunge la țintă
  - b) Pentru a scăpa mai repede
- 2. Nu-și întoarce nici un moment privirea dela problemă (concentrat)
  - a) Din interes pentru problemă
  - b) Din intimidare față de examinator
  - c) Prin perseverența voinței
- 3. Rătăcește cu privirea, distrat
  - a) Din lipsă de interes pentru problemă
  - b) Din lipsa forței de concentrare a atenției
  - c) Din apatie
  - d) Având îndreptat în altă parte, interesul (la anturaj)

- *B)* Exteriorizează gândirea şi sentimentul
  - 1. In cursul întregului lucru prin
    - *a)* Prin încrederea ce a o are în examinator
    - *b)* Din cauza caracterului comunicativ
    - *c)* Din lipsa de respect
  - 2. In cursul fazelor singuratice
    - *a)* Din bucuria de a fi rezolvat oarecare părţi
    - *b)* Din motivele expuse şi mai sus
  - Această exteriorizare se manifestă prin
    - 1. Cuvinte
      - *a)* Ce au legătură cu problema
      - *b)* Exclamaţiuni sau monosilabe
      - *c)* Fără rost (halucinaţiuni)
      - *d)* Şopteşte cuvinte.
    - 2. Mişcări ale
      - *a)* mânei
        - îndemânatice şi oportune venite
          - prin dispoziţie şi exerciţiu
        - liniştite sigure prin
          - aptitudine (dispoziţiuni) sau voinţă
        - grăbite, nervoase
          - dispoziţiuni, dorinţă de a ajunge mai repede la sfârşit, ambiţie
      - *b)* Corpului
        - coordonate venite prin
          - îndemnare
          - acomodare (adaptare)
          - antrenare
          - însufleţire
        - necoordonate
          - lipsă de stăpânire de sine
      - *c)* Feţei
        - explozii de râs
        - surâsuri
      - *d)* Gurei (buzelor).
- *C)* Nu exteriorizează
  - 1. Prin lipsă de afecte
  - 2. Fiindcă ştie să le stăpânească prin
    - obişnuinţă
    - voinţă
    - educaţie
- *D)* Ritmul executărei poate fi
  - 1. Repede
    - *a)* Fiindcă este vioiu (agitat)
    - *b)* Fiindcă are un temperament sanguinic
    - *c)* Pentru a se simţi mai repede uşurat de greutatea temei
  - 2. Incet
    - *a)* Fiindcă este leneş
    - *b)* Fiindcă are un temperament flegmatic
    - *c)* Din indiferentism pentru problemă
- *E)* Se ridică să plece (întrerupe lucrul)

F) Felul lucrului poate fi

1. Sistematic
   - *a)* Prin o judecată sau reflexiune stabilă
   - *b)* Prin spiritul de ordine
2. Intrerupt
   - *a)* Prin instabilitatea gândirei
   - *b)* Din nervozitate
   - *c)* Din dorința de a cerceta cât mai repede necunoscutul sau partea interesantă
   - *d)* Prin marea sa violeiune sau stare de agitație.
3. Egal
   - *a)* Prin liniștea lăuntrică și claritate
   - *b)* Prin voința fermă
4. Neegal
   - *a)* La început este încet și apoi repede
     - Fiindcă se hotărește cu greu (adică primește mai târziu impulsul)
     - Fiindcă mai târziu i se clarifică problema în minte
     - Fiindcă îi crește treptat interesul
   - *b)* Mai întâi repede și apoi mai încet
     - Fiindcă interesul cedează
     - Fiindcă concentrarea atențiunei slăbește
     - Fiindcă obosește ușor
   - *c)* Alternează regularitatea neregularitatea
     - Prin instabilitatea gândirei
     - Prin atenția oscilantă
     - Prin încercările de a-și reface forțele care cedează.
5. Ingrijit (curat)
   - *a)* Din înclinare pentru corectitudine
   - *b)* Interes pentru temă
6. Neglijent (murdar)
   - *a)* Din obișnuință sau înclinare
   - *b)* Din lipsă de interes
   - *c)* Din rea dispoziție
7. Față de obiectele și instrumentele necesare lucrului se arată
   - 1. Ordonat
     - *a)* Prin gândire corectă
     - *b)* Prin iubire de ordine
     - *c)* Prin simț sau aptitudine de organizare.
   - 2. Neordonat
     - *a)* Din zăpăceală
     - *b)* Din cauza desordinei sufletești
     - *c)* Din lipsa simțului de organizare
     - *d)* Din uitare (pierderea memoriei).

Continuare la litera *F)* pe pag. 73.

Continuare la litera *F)* de pe pag. 72

F) Felul lucrului poate fi

- 8. La ivirea dificultăților
  - 1. Nu caută ajutor
    - *a)* păstrează indiferență
      - *a)* Din cauza lipsei de interes
      - *b)* Din apatie sau nepăsare
    - *b)* Pierde curajul
      - *a)* Din sentimentul de inferioritate
      - *b)* Din convingerea că sforțarea este fără folos
      - *c)* Din lipsă de curaj și de perseverență
    - *c)* Învinge obstacolul
      - Imediat
        - *a)* Prin întâmplare
        - *b)* Prin prezența conștiinței de datorie
        - *c)* Prin cunoștințele ce le are
      - Treptat
        - *a)* Prin gândire
        - *b)* Din necesitatea de a termina
        - *c)* Din bucuria de a învinge greutățile
      - Prin truc
        - *a)* O ideie plină de spirit
        - *b)* Înșelătorie
  - 2. Caută ajutor dela alții
    - *a)* De multe ori
      - *a)* Din cauza limitatelor cunoștințe
      - *b)* Din sentiment de inferioritate
      - *c)* Obișnuința rea
      - *d)* Lipsă de individualitate
    - *b)* Odată
      - *a)* Din eroare (omițând ceva) sau din distrare
      - *b)* Există un obstacol pe care nu știe cum să-l înlăture
- Față de un ajutor primit se arată
  - 1. Indiferent
    - *a)* Din apatie
    - *b)* Din convingerea că trebue să i se dea acest ajutor
  - 2. Bucuros
    - *a)* Fiind vesel că poate rezolva problema nerămânând în urmă
    - *b)* Din interes față de problemă
    - *c)* Fiindcă i s'a ușurat lucrul și deci nu trebue să se mai obosească
  - 3. Cu recunoștință
    - *a)* Din bunăvoință
    - *b)* Din bună educație
  - 4. Sceptic și critic
    - *a)* Din îngâmfare
    - *b)* Prin scoaterea adevărului (științific)
    - *c)* Prin tendința de a refuza
    - *d)* Din prevedere
    - *e)* Fiindcă se simte atins în independența sau ambiția sa.

Continuare la litera *F)* de pe pag. 73

F) Felul lucrului poate fi
- Față de un ajutor primit se arată
  - 5. Încrezător
    - *a)* Din bună dispoziție
    - *b)* Prin educație (de-a da ascultare)
    - *c)* Prin sugestibilitate
    - *d)* Prin lipsă de simț critic
  - 6. Însuflețit
    - *a)* Din interes
    - *b)* Din lipsă de critică.

V. La finele lucrării

A) Tace și așteaptă liniștit
- *a)* Din timiditate
- *b)* Din buna educație
- *c)* Din nehotărâre
- *d)* Neștiind ce trebue să facă.

B) Anunță singur rezultatul
- *a)* Din bucuria că a rezolvat problema
- *b)* Fiind vorbăreț și neînfrânat
- *c)* Crezând că așa trebue să facă

C) Pune diferite întrebări: „am făcut bine?“ etc.
- *a)* Din necesitate de a comunica
- *b)* Din nesiguranță (așteaptă confirmarea)
- *c)* Din ambiție (spre a fi lăudat)

D) Fără ca să i se spună lucrează un lucru pe care îl fac alții (bolnavi).

E) Arată o stare afectivă deosebită de
- *a)* Mulțumire
  - Din satisfacția de a fi terminat lucrul
  - Din satisfacția unei bune rezolvări
  - Din satisfacția că nu va fi ironizat și necăjit de camarazi
- *b)* Mâhnire
  - Fiindcă ambiția i-a fost atinsă
  - Fiindcă speranțele îi sunt nimicite
  - Fiindcă așteaptă o sancțiune

F) Se arată indiferent.

G) Părăsește locul
- repede
- încet.

H) Față de obiectele și instrumentele care i-au servit se arată
- *a)* Cruțător
- *b)* Nepăsător
- *c)* Risipitor
- *d)* Ordonat
  - Fiindcă are fire ordonată
  - Fiindcă este ordonat prin educație
  - Fiindcă are respect de avutul altuia
- *e)* Neordonat
  - Fiindcă are fire neordonată
  - Fiind needucat și neobișnuit
  - Fiindcă nu respectă avutul altuia
  - Fiindcă nu are timp și este neliniștit

I) Atitudinea pe care o are față de propria lucrare
- a) Observă greșelile și critică
  - Întâmplător
  - Prin control
  - În timpul lucrării
  - La finele lucrării
- b) Nu critică
  - Fiindcă nu controlează
  - Fiindcă este concentrat asupra ultimului scop
  - Fiindcă este indiferent
  - Din convingerea că este bine executată
  - Din apatie.

(Va urma).

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17e)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PROVEINASE

MIDY

REGULATORUL
CIRCULAȚIEI VINELOR

TURBURĂRILE FORMAȚIEI ȘI LIPSEI DE MENSTRUAȚIE

Literatura și Eșantioane. 2 la 4 comprimate pe zi.

J. E. BUCUR 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

Spitalul Public Sibiu.
Serviciul chirurgical: Medic primar, director Doc. Dr. O. Filipescu.

Perforaţiile intestinale tifice şi tratamentul lor

de **Doc. Dr. O. Filipescu.**

In evoluţia febrei tifoide complicaţia perforaţiilor intestinale este o manifestaţiune dramatică cu ameninţări grave la viaţa bolnavului şi nu de o rară apariţiune.

Primii, cari au ridicat în terapeutica lor indicaţia operatorie ca postulatul singurului tratament raţional au fost Kusmaul şi Lucke la anul 1885. Prima vindecare se înregistrează numai la anul 1899 în Germania.

In anii următori pasionează această problemă mai mult lumea medicală din America de Nord, unde epidemiile dese ce grasau pe vremea aceea acolo duc la o mortalitate însemnată; iar decesele după perforaţiile intestinale tifice se cifrează anual la peste 17.000. Dintre autorii americani *Finney, Osler* şi *Havey Cushing* codifică experienţa şi cunoştinţele realizate pe acest teren până atunci; iar cercurile medicale americane atribue acestei probleme o atenţie constantă de preocupare până în zilele noastre şi o discută frecvent.

In ultimele trei decenii apar, mai ales în Franţa, un număr însemnat de publicaţiuni, unde *Dieulafoy* la anul 1896, bazat pe experienţa trecutului cere în termeni entuziaşti tratamentul chirurgical precoce al acestei complicaţii şi rămâne campionul înflăcărat al acestei linii principale de conduită.

La noi în ţară apare la anul 1902 o lucrare mai importantă de Miclescu.

In toamna anului trecut înregistrând în regiunea noastră în urma inundaţiilor o epidemie de febră tifoidă, au fost internaţi în serviciul, pe care-l conduc patru cazuri de perforaţii intestinale tifice, din care unul este operat cu succes de medicul secundar al serviciului dl Dr. Cornel Ivan, iar celelalte trei de subsemnatul.

Diagnostizarea acestei complicaţiuni poate pune atât pe internist, cât şi pe chirurg într'o situaţie dificilă, dată fiind responzabilitatea mare a momentului, cred de util a relata observaţiunile noastre în legătură cu aceste cazuri.

Tabloul clinic al acestor perforaţiuni se caracterizează prin variaţiuni mari de aspecte, drept rezultat a combinaţiei boalei generale de infecţiune cu leziunea locală a perforaţiei. Din triada simptomatică proprie manifestaţiunilor clinice a perforaţiilor în general, simptomul *durerii* constitue şi în acest domeniu un signal de alarmă.

Când apariţia ei este tipică, ea se prezintă brusc, intensă, persistentă şi cu caracter de exacerbare.

Sub forma aceasta însă survine după observaţiunile noastre desiul de rar. Din patru cazuri numai o singură dată o întâlnim bine marcată, ea trezeşte pe bolnav prin intensitatea ei din starea soporoasă; în două cazuri bolnavii nu o acuză în momentul perforaţiei, iar în ultimul apare sub o formă atenuată.

In consecinţă pentru a utiliza acest simptom în favorul diagnosticului de perforaţie în momentul producerii ei, bolnavii reclamă cea mai atentă observaţie pe lângă cunoaşterea acestor criterii de apreciere. Dar dificultăţi în aprecierea valorii acestui simptom pentru fixarea momentului perforativ se mai pot datori şi altor factori. Dureri vii abdominale pot surveni şi în urma altor complicaţiuni intercurente, ca hemoragiile intestinale, stază intestinală de gaze sau materii fecale, colecistite, tromboza venei iliace, apariţia menstruaţiei, retenţie de urină ori în debutul unei pleurezii sau pneumonii.

In variaţia aceasta mare de aspecte în sensaţia durerii vedem justificarea nestabilirii diagnosticului perforaţiei în momentul dramatic în toate cazurile noastre şi numai peritonita progresivă a determinat internarea lor în serviciul chirurgical. In restul simptomelor consacrate punerii diagnosticului acestei complicaţii asemenea găsim particularităţi; le vom relata.

Localizarea durerii în hipogastrul drept este cea mai frecventă în deplin acord cu sediul perforaţiei. După datele statistice de 9 ori din 10 cazuri întâlnim perforaţiunea pe porţiunea terminală a ileonului, pe distanţa ultimilor 60 cm. la polul opus insertiei mezenterice, aproape întotdeauna o unică perforaţie.

In trei cazuri ale noastre se prezintă pe ileon şi o dată pe segmentul terminal al jejunului.

In ordinea frecvenţei se amintesc în general ileonul, cecul, apendicele, colonul transvers, sigma; rar pe jejun, stomac şi rect.

In jurul zilelor 25—27 după debutul boalei este mai mult de temut apariţia perforaţiunii.

Noi în două cazuri nu o putem preciza, iar într'unul apare a 10-a zi după debut.

Bolnavii noştri se găsesc în *vârsta* între anii 18 şi 56; deşi în epidemia aceasta au fost şi îmbolnăviri de febră tifoidă la copii, noi nu întâlnim nici un caz de perforaţie.

Această observaţie verifică constatarea veche, că perforaţiunile la copil sunt mai rari, după datele statistice pe jumătate ca la adulţi.

Sub raportul *sexului* întâlnim trei cazuri la bărbaţi şi unul la femee. Turburările digestive mai dese, nerespectarea regimului prescris imprudenţe în convalescenţă sunt cauzele obişnuite ale acestui raport.

Factorii mecanici încă au un rol în patogenia actului perforativ. Accese de tuse, ridicarea bruscă din pat, defecaţia, traumatisme, contribue în mod direct la provocarea perforaţiei.

Mărimea perforaţiei nu este în raport direct cu intensitatea durerii şi nici calibrul perforaţiei nu este întotdeauna identic pe toate straturile peretelui intestinal. Întâlnim perforaţii punctiforme la nivelul seroasei deasupra unei ulceraţiuni întinse.

Conţinutul intestinal revărsat sau este blocat, dând naştere la abcese încapsulate intra sau extra-peritoneale, cari deşi foarte rar pot duce la vindecarea spontană prin perforarea peretelui abdominal (ombilic) ori evacuare prin intestin (rect); sau prin inundaţia cavităţii abdominale, este originea unei peritonite progresive.

In casuistica noastră mărimea perforaţiei este în toate cazurile aproape identică şi duce la o revărsare peritoneală întinsă.

Intre simptomele importante pentru elucidarea diagnosticului de perforaţie intestinală tifică pe lângă durerea spontană are mare rol şi *apărarea musculară* a peretelui abdominal.

Ar fi greşit a interpreta orice apărare musculară mai redusă şi circumscrisă a dreptului abdominal şi a oblicului laturei drepte în favorul apariţiei unei perforaţiuni intestinale.

Majoritatea bolnavilor de febră tifoidă reacţionează de obicei la palparea regiunei iliace drepte cu o sensaţie de durere mai accentuată, şi rigiditate musculară fără a prezenta vreo perforaţie, şi fără a avea vreo abcedare a unui ganglion mezenterial sau a prezenta o apendicită; pe de altă parte unii bolnavi mai apatici sau alţii cu un perete abdominal mai relaxat chiar în cazul existenţei lor permit palparea fără reacţiune. Justa interpretare a acestui simptom reclamă mult simţ practic. Unul din cazurile noastre cade în cadrele acestei constatări, totuş dl Dr. Moga conducătorul serviciului de contagioşi pune diagnosticul de perforaţie intestinală, care se confirmă la operaţie.

Survenirea în mod brusc a unui *frison* puternic la fel se consideră între simptomele de valoare, cari indică apariţia perforaţiei. Noi nu îl întâlnim în nici un caz.

Sughit şi vărsături ridică în totdeauna suspiciunea unei peritonite, însă pot obvenì la aceşti bolnavi pe bază pur nervoasă.

Schimbarea expresiei feţei bolnavului este indubitabil un fenomen patognomonic în sprijinul perforaţiei, pe care noi o credem foarte frecventă.

Aceasta schimbare (abattement) este după *Harte* foarte greu de descris însă uşor de recunoscut, când s'a văzut odată; diferă mult de facìesul peritoneal.

Scăderea bruscă a temperaturii, care valora în trecut ca un simptom clasic al perforaţiei tipice şi pe care *Dieulafoy* o considera de supremă importanţă patognomonică noi nu o întâlnim constant. Hipotermia are valoare diagnostică, când obvine, însă absenţa ei nu justifică abandonarea diagnosticului de perforaţie pe lângă existenţa celorlalte simptome de perforaţie.

Din cazurile noastre tragem concluzii favorabile în sprijinul diagnozei de perforaţie din *comportare pulsului*, întâlnind în toate o augmentare considerabilă a frecvenţii lui în momentul perforativ; între 120—140 pe minut.

Examinarea sângelui din punct de vedere morfologic a fost primită la început cu mare entuziasm, din anul 1883, când *Halla* a demonstrat leucopenia accentuată caracteristică febrei tifoide; iar *Cabat* la 1897 o înmulţire considerabilă a leucocitelor neutrofile în perforaţiuni. Cercetările ulterioare însă au demonstrat o variaţie foarte mare în prezenţa leucocitelor.

Astfel s'a stabilit că pentru practica medicală o singură numerotare a leucocitelor rămâne fără valoare, iar temporizarea actului operator ar fi dezastruoasă pentru bolnavi, dacă prin amânare pentru examinări repetate am vrea să utilizăm concluziile definitive din rezultatele numerotării leucocitelor. Noi nu am practicat-o.

Intre simptomele caracteristice perforaţiilor intestinale întâlnim încă des *respiraţia toracică*, *(Armstrong)*, micţiunea dureroasă *(Sieur)*, suprimarea vânturilor şi a scaunelor *(Ferier)*. Asupra existenţii unui stadiu prodromal al perforărei încă s'a discutat în literatură, ajungându-se la părerea că semne de avantgardă în realitate nu avem; există singur emoragiile intestinale cărora le succed adesea perforaţiunile (6%).In practica noastră nu le-am întâlnit.

Ansamblul consideraţiunilor amintite arată, că uneori suntem în imposibilitate de-a fixa diagnosticul perforaţiei intestinale în momentul

perforativ; astfel necesitatea laporatomiei exploratoare vine în discuţie. In cazurile noastre nu am recurs la acest mijloc de investigaţie.

Numeroşi autori confirmă, că această explorare făcută cu precauţie posibilă după cunoştinţele de azi nu are consecinţe agravante pentru bolnav, ci din contră au remarcat adesea efecte salutare manifestate prin o ameliorare în evoluţie ulterioare a febrei tifoide. *(Harte, Davis, Morestin, Cushing,* etc.)

Intervenţia chirurgicală am practicat-o cu preferinţă în anestezie locală, servindu-ne de incizia pararectală dreaptă. Rareori însă, când perforaţia nu este localizată pe ileon, cum în 80—90⁰ a cazurilor se întâmplă, combinarea anesteziei cu narcoza cu eter este indispensabilă, cu considerare la suprimarea durerilor datorite manoperei intestinelor inflamate şi la influenţele psihice.

Şocul provocat prin această narcoză scurtă este cu mult mai mic, decât al intervenţiei fără narcoză. Narcoza cu cloroform şi rachianestezia o considerăm periculoasă.

Principiul, care ne conduce în tehnica operatorie este o evidenţiare cât mai rapidă a perforaţiei fără manopere intense în cavitatea abdominală.

Când perforaţia n'o putem pune în evidenţă imediat în urma astupării ei prin false membrane considerăm mai avantajos aplicarea unui simplu drenaj, decât a prelungi actul operator.

Condamnăm toaleta cavităţii abdominale prin spălături cu soluţii antiseptice. Perforaţia o închidem prin înfundare cu fire întrerupte în direcţia longitudinală a intestinului, protejând-o de obicei printr'o epiplooplostie.

Metoda lui *Escher* inaugurată la 1903, de-a utiliza orificiul perforaţiei pentru realizarea unui anus contra naturii în plaga operatorie, cu scopul de-a preveni prin această metodă cu un factor profilactic sigur pericolul altor perforaţiuni şi de-a promova vindecarea ulceraţiunilor intestinale prin canalizarea temporară a conţinutului intestinal încă nu o considerăm avantajoasă.

Această metodă adoptată ulterior de *Duval, Quenu* şi *Lejars*, ameninţă bolnavul cu denutriţie şi-l expune la o a doua intervenţie pentru extirparea anusului contra naturii. La fel nu aderăm la practicarea diferitelor proceduri de anastomoze intestinale precum şi la rezecţiunile parţiale sau segmentare.

Pe lângă înfundarea perforaţiunii mijlocul cel mai eficace pentru asigurarea succesului operator îl vedem în aplicarea necondiţionată a unui drenaj larg chiar şi în laparatomiile exploratoare.

Conduşi de aceste concepţii de tratament am reuşit a salva din patru cazuri trei.

Aceste rezultate sunt dovada cea mai grăitoare despre justeţa absolută a tratamentului chirurgical.

Buizard publică o statistică generală asupra rezultatelor operatorii ordonată după ani, din care reese o ameliorare crescândă în raport şi cu difuzarea cunoştinţelor de tratament.

Pe când între anii 1889 până 1894, mortalitatea era de 84%, iar între anii 1899—1904 de 70%, se reduce între anii 1904—1909 la 60%.

Din punct de vedere practic este de interes cunoaşterea factorilor determinanţi asupra prognosticului.

In genere s'a stabilit, că copii suportă mai bine intervenţia decât adulţii cu 25%. Intervenţia prezintă mai bune şanse de vindecare în prima perioadă a febrei tifoide şi în convalescenţă, decât în a III-a săptămână a boalei. In cazul nostru mortal era o perforaţie în a 25-a zi a boalei.

De un prognostic grav sunt intervenţiile la bolnavi peste 50 ani, în cazul de multiple perforaţiuni de calibru mare cu revărsare abondentă de conţinut intestinal, precum şi în cazurile cu localizarea perforaţiunii pe colon sau flexura sigmoidiană; la fel când a existat o constipaţie accentuată, sau perforaţia a succedat unui stadiu accentuat de diaree profuză sau unei hemoragii intestinale şi în fine dela întinderea procesului de peritonită.

Dar timpul trecut dela perforaţie până la data intervenţiei încă are o covârşitoare importanţă asupra prognozei.

Dacă în Clinica chirurgicală din Cluj de sub conducerea d-lui Prof. Dr. Iacobovici s'a obţinut până la anul 1926 în ulcerele stomacale şi duodenale perforate prin intervenţie în primele 6 ore o vindecare în totalitatea cazurilor; în perforaţiunile intestinale tifice acest termen trebue cu mult redus, mai ales şi din motivul, că conţinutul intestinal al tificilor este cu mult mai bogat în agenţi patogeni.

Pentru realizarea acestui deziderat suntem de părere a proclama ca un principiu salvator, că chiar şi în cazurile dubioase de perforaţie laparatomiile exploratoare sunt perfect justificabile şi făcute cu precauţia posibilă nu sunt şocante pentru bolnavi, totodată că aceste intervenţiuni se pot executa de specialişti şi la domiciliul bolnavilor, când sunt intransportabili, fără pericolul unui adaus de complicaţiuni.

Concluziile noastre sunt, că tocmai cazurile de febră tifoidă mai uşoare dau un procent mai mare de perforaţiuni.

Nu există simptom patognomonic, lipsa unor semne revelatoare de perforaţie intestinală nu impune abandonarea diagnosticului de perforaţie. Totuş diagnosticul este posibil în majoritatea cazurilor. In toate cazurile dubioase este justiciabilă laparatomia exploratoare.

Intervenţia este a se reduce la minimum şi a se face cât posibil în anestezie locală.

In toate cazurile drenajul larg este indispensabil. In cazurile când nu găsim perforaţia datorită unor astupări prin false membrane sau aderenţe intervenţia este a se reduce la drenaj.

Bibliografie.

Dieulafoy. De l'intervention chir. dans les perforations de la febr. tiph. Acad. de med. 1896.

Ferrier. Du diagnostic de la perfprations typhoidique. Soc. med. d. kos. 1901,

Gaillard. Note sur 4 cas de perforat. intestinal surv. curs de la fevr. tiph. tratees par sutur de intestin. Arch. de med. 1903.

Haecker. Perforations peritonitas bei Typhus abdomin. Deutsche med. Wochenschr. 1917.

Harte. Three suc. laparot. for intestinal perf. in tiph. Ann. of turg. 1903.

Madelung. Neue Deutsche Chirurgie 1925.

Huismans. Über Typhus infec. Münch. med. Wochenschrift 1909.

Lance. La tratament de la perf. intest. dans la typhoide. Gaz. de hos. 1913. Pag. 24.

Mann. Laparatomie wegen Darmperforation in Tyfus fällen. Wiener med Wochenschrift 1905.

Meyer. Dela perzistance leucopenie. Gaz. med. 1909.

Plotkin. Über Darmperforation bei Typhus abd. und chirg. Behandlung. Basel. 1908.

Zesas. Über die Resultate der chirg. Therapie der typhus Perfor. perit. Wiener Klinik 1914.

KLIMAKTON

«Knoll»

are efect cauzal şi simptomatic împotriva

tulburărilor menopauzei

ca bufeurile de căldură, stările de excitaţie, sudaţiunile profuze, durerile de cap, insomnia, etc.

Rp. Dragee Klimakton «Knoll»
Ambalaj original cu 20 bucăţi
Ambalaj original cu 50 bucăţi

De 3 ori pe zi 1-2 dragee.
Adesea sunt de ajuns şi 2 dragee pro die.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, Ludwigshafen/Rin.
Reprezentanţă şi Depozit: M. Tatarsky, Str. Isvor 43bis, Bucureşti VI.

Nou!

Octinum

(Metiloctenilamină)

«Knoll»

Spasmolitic şi analgetic la dureri provenite din spasme

Indicaţiuni:

Stări spastice ale regiunii gastro-intestinale superioare,

ulcer al stomacului şi duodenului,

spasme — urmări ale unor operaţii gastro-intestinale anterioare,

gastralgii din hipersecreţiune (pentru înlocuirea terapiei alcaline),

spasme ale căilor biliare, renale şi vezicale,

constipaţiuni spastice,

dismenoree spastică.

Ambalaje originale:

Tablete à 0,15 gr. (Octinum bitartaric)
Tuburi cu 10 bucăţi.

Lichid (soluţie 10 % de Octinum hidrocloric)
Sticle cu 10 gr.

Fiole à 1,1 cm^3
(1 cm^3 conţine 0,1 gr. Octinum hidrocloric)
Cutii cu 5 bucăţi.

Dosaj:

De 3 ori pe zi 1 tabletă sau 15–20 picături; la nevoe doze duble. — Se va lua cu nu prea puţin lichid. — Subcutanat de 2–3 ori pe zi ½–1 fiolă, intramuscular de 2–3 ori pe zi ½ fiolă.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, Ludwigshafen/Rin.

Reprezentanţă şi Depozit:
M. Tatarsky, Str. Isvor 43 bis, Bucureşti VI.

BIBLIOTECA CENTRALA „ASTRA" SIBIIU

Concepţia actuală în tratamentul antisifilitic

de **Dr. Tiberiu Schulz.**

Conferinţa de deschidere a „Zilelor Medicale" ne-a dat prilejul să auzim concepţia Şcoalei din Cluj, despre starea actuală a tratamentului specific, desvoltată de însuşi maestrul acestei şcoli, de dl Prof. Tătaru. In cele ce urmează am dori să trecem în revistă principalele medicamente antisifilitice, rezumând apoi pe scurt cele spuse de dl Prof. Tătaru, referitor la modul de executare a tratamentului specific.

Principiile antisifilitice sunt în număr de patru: Arsenicul, Bismutul, Mercurul şi Iodul; ele se pot aplica singure sau combinate pentru a obţine un efect terapeutic cât mai intens.

Arsenicul e cel mai activ. Nu toţi compuşii arsenicali sunt însă spirilicizi, numai anumite preparate din *seria aromatică, trivalente* (seria arsenobenzenelor) sau *pentavalente* (seria fenilarsinică) au aceasta proprietate. In practică se aplică aproape exclusiv arsenicalele trivalente, cele pentavalente numai în anumite cazuri speciale. Preparatul ideal e *Neosalvarsanul*, care se întrebuinţează în doze de 0·30—0·60 gr. la bărbaţi şi 0·15—0·45 gr. la femei, deci cam 0·01 gr. pe kg. de greutate ca doză maximă; îl administrăm *intravenos*, dizolvat în apă distilată sterilizată, luând 1 cm.^{3} pentru fiecare doză (deci 2 cm.^{3} pentru 0·30, 3 cm.^{3} pentru 0·45 etc.). In ce priveşte frecvenţa injecţiilor, ele se fac în aşa fel, ca pe fiecare zi să cadă 0·15 gr. Neos., adică după o injecţie de 0·30 gr. vom lăsa 1 zi, după 0·45 gr. două zile, iar după 0·60 gr. trei zile libere.

In caz dacă calea intravenoasă este contraindicată sau impracticabilă, putem trece la *calea intramusculară*, administrând *Solusalvarsan*, în doze de 3—6 cm.^{3} la bărbaţi şi 2—5 cm.^{3} la femei; dozele mai mici se injectează tot la 3, cele mai mari tot la 4 zile. Intr'o serie dăm 50—60 cm.^{3} la bărbaţi, 40—50 cm.^{3} la femei. Ca acţiune este aproape complect identic cu Neosalvarsanul.

Restul preparatelor arsenicale, *trivalente (Novarsenobenzol, Uclarsyl, Neomesarca, Neosalutan, Sulfarsenol, Zinc-Sulfarsenol etc.),*

sau pentavalente (Arsaminol, Acetylarsan etc.) se aplică numai atunci, când Neo — sau Solusalvarsanul — dintr'o cauză sau alta — nu pot fi administrate sau procurate.

Bismutul introdus în terapeutică de Levaditi, se bucură azi de o popularitate din ce în ce mai mare. In mod practic deosebim două feluri de preparate bismutice: 1. *insolubile* (suspensiuni) şi 2. *solubile* (soluţiuni). In cele ce urmează dăm câteva preparate mai cunoscute, indicând în dreptul fiecăruia dozele obişnuite; prima doză e jumătatea acestei cantităţi.

1. **Preparate bismutice insolubile.** In mod schematic avem:

*A) **Suspensiuni oleioase:** a) **Bismuturi roşii*** (diferiţi iodobismutaţi): *Bismjochin* (2 cm.³), *Bismotropin* (2 cm.³), *Bismosalvan* (2 cm.³), *Neobismosalvan* (2 cm.³), *Iodobismutat de chinină Fraisse* (3 cm.³) etc. *b) **Bismuturi albe*** (hidroxizi, tartrobismutaţi, carbonaţi, Bi. precipitat etc.): *Casbis* (1 cm.³), *Mesurol* (1 cm.³) *Muthanol* (2 cm.³) *Bismoluol* (2 cm.³) etc.

*B) **Bismuturi coloidale:** Bismuthoidol* (2 cm.³).

Preparatele bismutice insolubile sunt dozate în aşa fel, încât fiecare fiolă conţine 0·06—0·12 gr. Bi. metalic; se administrează (la un adult de 60—70 kg.) 2 fiole pe săptămână intramuscular, total 16—18 injecţii în caz de trat. bismutic exclusiv şi 10- 14 în caz de trat. combinat As-Bi. (câte o fiolă între 2 injecţii de Neos., sau deodată un Neos. şi un Bi.). Rezorbţia acestor preparate — cu excepţia celor coloidale — este lentă, acţiunea lor terapeutică nu e deci prea intensă, însă de lungă durată; se aplică mai mult în trat. de întreţinere a sifilisului. Bismuturile coloidale sunt repede resorbite, acţionează intens, se recomandă deci şi în trat. de atac al sifilisului.

2. **Preparate bismutice solubile.** Deosebim:

*a) **Soluţiuni oleioase*** (prep. liposolubile): *Pentabi* (1 cm.³). *Lipobi* (1 cm.³), *Neo-Olesal* (2 cm.³), *Solmuth* (1 cm.³) *Bivatol* (2 cm.³), *Sol-Bi Fraisse* (2 cm.³], etc. Bismuturile liposolubile conţin 0·04—0·08 gr. Bi. metalic pe fiolă; se administrează intramuscular după aceleaşi norme ca şi preparatele insolubile. Ele se resorb foarte repede, au o acţiune energică, însă nu atât de prelungită, ca cele insolubile. Se aplică cu mult succes mai ales în trat. de atac;

b) *Soluţiuni apoase, adică preparate hidrosolubile,* (Bismosalvan solubil, Bijosol etc.) sunt încă în stadiu de experimentare.

Mercurul se întrebuinţează de obicei ca adjuvant sub formă de serii arseno-mercuriale. Il putem administra pe calea perorală, percutană (fricţiuni), rectală, intravenoasă şi intramusculară. Primele

trei căi se folosesc astăzi numai în cazuri excepționale, fiind preferate injecțiile intravenoase și intramusculare. Deosebim săruri mercuriale solubile și insolubile.

1. **Sărurile mercuriale solubile** au inconvenientul, că se elimină foarte repede, de aceia injecțiile trebue să fie dese, zilnice sau tot la 2 zile; cele mai cunoscute sunt următoarele:

Cianura de mercur (sol. apoasă 1—2%, adică fiole de 1 cm.³ conținând 0·01—0·02 gr. cianură). Prima doză e 0·005 gr., iar celelalte 0·01, eventual 0·02 gr. Intr'o serie (de obicei în combinație cu Neos.) dăm 20—24 injecții (0·20—0·24 gr.) Se injectează exclusiv intravenos tot la 2 zile.

Sublimat (sol. apoasă 1—2%). Injectăm de obiceiu tot la 2 zile 0·01—0·02 gr. (1—2 cm.³) intravenos; într'o serie 0·20—0·40 gr. Se poate injecta și în aceeaș siringă cu Neosalvarsanul: Neos. + 1—2 cm.³ de sublimat. (Metoda Linser).

Enesol, 2—5 cm.³ tot la 2—3 zile intravenos sau intramuscular; într'o serie 12—16 injecții.

Salyrgan, 2 cm.³ intravenos sau intramuscular tot la 2 zile; într'o serie 12—16 injecții. Se poate injecta — ca și sublimatul — în aceeaș siringă cu Neosalvarsanul.

Novasurol, 2 cm.³ intravenos sau intramuscular tot la 3—4 zile; total 12—16 injecții.

Novurit, 2 cm.³ intramuscular sau intravenos (și în aceeaș siringă cu Neos.) tot la 2 zile; total 12—16 injecții.

2. **Sărurile mercuriale insolubile** — se aplică exclusiv intramuscular. Au o acțiune energică, sunt însă dureroase și produc destul de des infiltrate perzistente în locul injecției; sunt mai toxice (rinichi!) ca preparatele solubile.

Ol-cenușiu. — Se administrează cu o siringă specială (Zieler), la care fiecare diviziune corespunde la 0·01 gr. Hg. metalic. Dăm de obicei 0·06—0·08 gr. intramuscular tot la 6—7 zile; total 10—12 injecții;

Salicilat de Hg., suspensiune 10% în ol. olivar steril; dăm ½—1 cm.³ (0·05—0·10 salicilat de Hg.) intramuscular tot la 4—5 zile; într'o serie de 12—16 injecții.

Calomel, suspensiune 10% în ol. olivar; dăm ½—1 cm.³ (0·05—0·10 gr. Calomel) tot la 4—6 zile, total 10—12 injecții.

Astăzi se întrebuințează mai mult sărurile solubile sub formă de cure As-Hg. combinate; preparatele insolubile se aplică rar — deși sunt mai active — din cauza multiplelor inconveniente pe cari le prezintă.

Iodul. — Se ataşează — de obicei pe calea bucală — unei cure arseno-bismutic sau arseno-mercuriale mai ales în sifilis vechi, sifilis cu RW. ireductibilă, sif. III., sifilis cardio-vascular, hepatic, renal, ocular şi articular; ultima serie a tratamentului cronic intermitent se face de obicei cu Neos. şi iod (intravenos sau intramuscular). Calea de administrare e perorală, intramusculară şi intravenoasă.

Per os putem da preparate *anorganice* sau *organice:*

1. **Preparatele anorganice.** Iodidele sunt cele mai mult întrebuinţate, mai ales *iodura de potasiu; iodura de sodiu* şi *iodura de calciu* sunt mult mai scumpe. Se pot prescrie sub următoarea formă: Rp. Iodură de K (Na sau Ca) 5·0 gr., apă dist. ad 150·0 gr.; 3 linguri la zi după mâncare (în apă sau lapte) timp de 8—10 zile, deci cam 1·50 gr. iodură pe zi. Dacă e bine suportată, dăm o soluţie mai concentrată (10·0: 150·0), la început 3 linguri pe zi, mai târziu eventual putem ridica doza la 4—8 linguri (4—8 gr. IK pe zi).

2. **Preparatele organice,** conţin mai puţin iod ca cele anorganice, sunt însă mai uşor asimilabile şi mult mai bine tolerate. Putem prescrie: *Alival, Lipoiodine, Sajodin, Dijodyl, Iodipin,* cam 3—6 tabl. la zi, *Merjodin* (iod + Hg.) 3—9 tabl. la zi, *Collo-iode Dubois* (10—40 pic. la zi), *Iodalose Galbrun* (10—50 pic.), *Micelliode* (60—100 pic.) etc.

Amintim în treacăt, că unii autori recomandă să se administreze *iod per os în intervalul seriilor arseno-bismutice sau arseno-mercuriale;* în acest scop putem folosi iodura de K sau unul din preparatele organice.

Intravenos putem aplica următoarele preparate de iod: *Endojodin* (2 cm.³), *Alival* (2 cm.³), *iodură de sodiu* sol. apoasă 10% (10—30 cm.³) tot la 2 zile; într'o serie 14—20 injecţii.

Intramuscular: *Endojodin* (2 cm.³), *Alival* (2 cm.³), *Iodipin,* sol. 10% în ol. sesami (5—30 cm.³), *Mirion* (2—5 cm.³), tot la 2 zile; total 14—20 injecţii.

* * *

Acum după ce am văzut, cari sunt principalele mijloace spirocheticide, să recapitulăm pe scurt normele, după cari ele se aplică în tratamentul antisifilitic. In conferinţa D-sale dl Prof. Tătaru ne-a arătat, că modul de executare, durata şi intensitatea unui tratament specific depind în primul rând de stadiul în care se află infecţia. Privind problema din acest punct de vedere vom putea deosebi 4 tipuri diferite de tratament: 1. *Tratamentul preventiv,* care se aplică la bolnavi, la cari se bănueşte o infecţie specifică, 2. *Tr. abortiv,* în caz de sifilis primar seronegativ, 3. *Tr. curativ precoce* în caz de

sif. primar seropozitiv şi 4. *Tr. cronic intermitent*, în stadiile mai avansate ale sifilisului. Aceste patru tipuri normale, obişnuite ale tratamentului specific se aplică — bineînţeles — numai la un adult de sex masculin sau feminin, indemn de orice altă afecţiune, care ar putea contraindica o astfel de terapie, presupunând în acelaş timp şi o evoluţie mai mult sau mai puţin obişnuită a infecţiei, adică fără recidive clinice sau serologice, fără complicaţiuni viscerale sau nervoase etc., cari atrag după sine în mod firesc modificări corespunzătoare ale tratamentului.

1. **Tratamentul preventiv.**

Indicaţia: bănuiala întemeiată, eventual dovedită (prin examenul partenerului) a unei infecţii sifilitice.

Modul de executare:

Momentul prezentării bolnavului	Neosalvarsan		Adjuvant
	Bărbaţi	Femei	
In primele ore după contact	1·50—2·0 gr. (0·45—0·60—0·60)	1·0—1·50 gr. (0·30—0·45—0·45)	—
In primele zile după contact	3·0—3·50 gr. (0·45+5 inj. à 0·60)	2·50—3·0 gr. (0·30+5 inj. à 0·45)	—
După mai multe zile	8—9 gr. (o serie abortivă complectă)	7—8 gr. (o serie abortivă complectă)	Bi. liposolubil sau coloidal, 12-14 inj.

RW. In primul an lunar, sau tot la 2 luni, apoi timp de 1—2 ani tot la 3—4 luni, mai târziu anual.

2. **Tratamentul abortiv.**

Indicaţia: sifilis primar seronegativ.

Condiţiuni indispensabile: infecţie (contactul infectant) maximum de 5 săpt., adenopatie inghinală redusă, lipsa simptoamelor secundare, negativitatea seroreacţiilor, care trebue să se menţină în tot timpul tratamentului.

Modul de executare: 3 serii (una abortivă şi două de siguranţă).

Seria	Neosalvarsan		Adjuvant	Pauză
	Bărbaţi	Femei		
I. (abortivă)	8—9 gr.	7—8 gr.	Bi. liposolubil sau coloidal, 12-14 inj.	6 săptămâni
II. (de siguranţă)	7—8 gr.	6—7 gr.	Hg. solubil	6 săptămâni
III. (de siguranţă)	6—7 gr.	5—6 gr.	Bi. liposol., coloid. sau insolub l, 10—12 injecţii	—

RW. în seria I. înaintea fiecărei injecții de Neos., sau cel puțin săptămânal. În seria II.—III. la începutul, spre mijlocul și la 2 săpt. după terminarea fiecărei serii. După terminarea tratamentului puncție lombară, apoi 2—3 ani tot la 3—6 luni. RW., mai târziu anual.

Tratamentul local al șancrului tinde să distrugă acest focar principal de spirocheți *(termo-electrocauterizare, excizie)*, când împrejurările și localizația o permit. În caz contrar: cauterizări zilnice cu *acid fenic lichefiat*, apoi pansament cu o *alifie cu merc., pp. alb 10%*. (Rp. Merc. pp. alb 10·0, Vaselin fl. amer ad 100·0 MDS. Ext.)

În caz de eșec al tratamentului abortiv, dacă RW. se pozitivează: *trat. curativ precoce*; dacă apar și simptoame secundare: *trat. cronic intermitent.*

3. **Tratament curativ precoce.**

Indicația: Sifilis primar seropozitiv, pozitivarea seroreacțiilor în cursul trat. abortiv (însă fără semne secundare).

Condițiuni indispensabile: lipsa simptoamelor secundare, negativarea seroreacțiilor după prima serie.

Modul de executare: 4 serii, durata 1 an.

Seria	Neosalvarsan		Adjuvant	Pauza
	Bărbați	Femei		
I.	8—9 gr.	7—8 gr.	Bi. liposolubil sau soloidal, 12—14 inj.	6 săptămâni
II.	7—8 gr.	6—7 gr.	Hg. solubil	6 săptămâni
III.	6—7 gr.	5—6 gr.	Bi. liposol., coloidal sau insolubil, 10-12 inj.	6 săptămâni
IV.	6—7 gr.	5—6 gr.	Hg. solubil (nu aceeaș ca în S. II.)	—

RW. în seria I. tot la 2 săpt. apoi la 2 și 4 săpt. după terminarea primei serii. În seriile II., III., IV., la început, spre mijloc și la 2 săpt. după terminare. După terminarea întregului tratament puncție lombară; controlul ulterior al RW. ca după trat. abortiv.

În caz de eșec al trat. curativ precoce: dacă seroreacțiile nu se negativează după prima serie, sau apar semne secundare: *trat. cronic intermitent.*

4. **Tratamentul cronic intermitent.**

Indicația: sifilis secundar, terțiar, latent și ereditar.

Condițiuni indispensabile: negativarea seroreacțiilor în primul an de tratament, lipsă completă a simptoamelor clinice și serologice în al doilea și treilea an.

Modul de executare: 10 serii eşalonate pe 3 ani (4 în primul, 3 în al doilea şi 3 în al treilea an).

Seria	Neosalvarsan		Adjuvant	Pauza
	Bărbaţi	Femei		
I.	8—9 gr.	7—8 gr.	Bi. liposolubil sau coloidal, 12—14 inj.	6 săptămâni
II.	7—8 gr.	6—7 gr.	Hg. solubil.	6 „
III.	6—7 gr.	5—6 gr.	Bi. liposolubil, coloidal sau insolubil (Bi. roşu) 10—12 inj.	6 „
IV.	6—7 gr.	5—6 gr.	Hg. solubil (nu aceiaşi ca în seria II.)	8 „
V.	6—7 gr.	5—6 gr.	Bi. insolubil, (Bi. roşu), 10—12 injecţii	8 „
VI.	6—7 gr.	5—6 gr.	Hg. solubil.	10 „
VII.	5—6 gr.	4—5 gr.	Bi. liposolubil sau coloidal, 10—12 inj.	10 „
VIII.	5—6 gr.	4—5 gr.	Hg. solubil.	12 „
IX.	5—6 gr.	4—5 gr.	Bi. insolubil (Bi. alb), 10—12 injecţii	12 „
X.	5—6 gr.	4—5 gr.	Iod intravenos sau intramuscular	—

RW: la începutul, spre mijlocul şi la 2 săpt. după terminarea fiecărei serii. După terminarea întregului tratament puncţie lombară; RW. timp de 2—3 ani tot la 3—4 luni, câţiva ani tot la 6 luni, pe urmă anual.

După cum se vede din acest scurt expozeu, Şcoala din Cluj este partizana tratamentului combinat, servindu-se de Neosalvarsan, ca medicament de bază, iar de celelalte trei principii antisifilitice ca adjuvante şi aplicând — cu rezultatele cele mai bune — după planul sistematic, de mai sus. Se înţelege dela sine, că această schemă permite şi chiar recere modificări adecvate fiecărui caz aparte. Ceeace am dori să accentuăm încă este importanţa din ce în ce mai mare *a malarioterapiei*, care se aplică azi nu numai în sifilisul nervos şi în sifilis cu Wassermann ireductibil, ci — în mod preventiv — chiar şi în sifilis secundar, terţiar, latent sau ereditar. Ea se execută în modul următor: administrăm un tratament specific obişnuit As-Bi sau As-Hg; ajungând la jumătatea seriei, întrerupem tratamentul, facem o inoculare cu malarie, lăsăm ca bolnavul să facă opt accese, cupăm malaria şi continuăm seria. Malarioterapia trebue precedată totdeauna de un examen intern minuţios.

Spitalul public Sibiu — Serviciul Chirurgical.
Medic Primar-Director Docent Dr. Oct. Filipescu.

Prevenirea şi combaterea accidentelor în rachianestezie

de **Dr. C. Ivan,** medic secundar.

Rachianestezia a fost introdusă, pentru prima oară în Germania de către *Bier*. Ea a constituit una din problemele cele mai discutate de lumea chirurgicală, încă dela primele încercări; şi aceasta din cauza multiplelor avantagii pe care le prezintă. Discuţiunile s'au purtat în special asupra substanţei anestezice şi a tehnicei însăş. Astăzi când majoritatea autorilor sunt de acord asupra acestor două chestiuni importante, totuş rămâne un mare inconvenient în rachianestezie, — accidentele pe care le prezintă.

Accidentele în rachianestezie sunt *imediate* şi *tardive*. Cele imediate se manifestă chiar pe masa de operaţie şi pot fi dela cele *mai uşoare* tulburări până la cele mai grave. 1. *Accidente uşoare:* neregularităţi respiratorii cu paloarea feţei, senzaţii de sufocare, neregularităţi ale pulsului care sunt de cele mai multe ori însoţite de hipotensiune arterială. Hipotensiunea după *Maisonnet* este obişnuită în toate cazurile, deasemeni *Angelescu, Buzoianu* o găsesc foarte frequent — în serviciul nostru o găsim la fel.

Hipotensiunea în bună parte este datorită acţiunei paralizantă asupra centrilor bulbari; cu cât difuzibilitatea substanţei anestezice injectată este mai accentuată, cu atât tensiunea arterială este mai scăzută şi vice-versa. După cercetările Prof. *Angelescu* şi *Buzoianu*, hipotensiunea în rachianestezie depinde de următorii factori: *a) Substanţa anestezîantă*, cu cât este mai toxică (cocaină) cu atât tensiunea este mai influenţată (scăzută); *b) Cantitatea anestezicului introdus* — cu cât se injectează mai mult, cu atât acţiunea hipotensivă e mai mare; *c) Nivelul injecţiunei rachidiene; d) Difuzibilitatea substanţei în interiorul lichidului; e) Starea anterioară a tensiunei arteriale* — hipertenzivii sunt mai puţin afectaţi — hipotenzivii mai afectaţi putând duce după gradul hipotensiunei până la scăderi catastrofale iremediabile ale tensiunei.

In afară de aceşti factori externi hipotensiunea mai depinde şi de factori interni: cord, vase, sistem nervos, sistem endocrin, sistem lacunar şi rinichi.

Hipotensiunea împreună cu celelalte accidente uşoare sunt mai frecvente la tineri sub 16 ani şi la bătrâni; îşi au maximul de manifestaţie la 5—6 minute după injecţie şi pot să dispară în 2—3 minute, alteori când nu dispar se pot combate prin câteva respiraţii profunde, sau prin injecţii subcutanate de 0,20 caff.

La aceste accidente se mai pot adauga şi sughiţuri, senzaţie de greutate în hipogastru, greţuri, vărsături şi puseuri sudorale cari de regulă dispar după 25 minute, bolnavul revenindu-şi iar la starea normală. Frecvenţa accidentelor uşoare imediate este de 10% după *Butoianu*. Aceste accidente pot fi însoţite şi de incontinenţă anală, pe care am putut-o constata şi în serviciul nostru în 7%; are avantagiul unei goliri complecte ale tractului intestinal, *ceeace e* în favorul bolnavului, cu excepţia cazurilor de intervenţii pentru histerectomii, *când e pericol* de refluare prin vagin a materiilor fecale.

II. *Accidentele grave imediate* de obiceiu încep cu neregularităţi respiratorii, paloarea feţei, perioade de apnee cu cianoza feţei cari se pot agrava până la sincopă respiratorie şi cardiacă. Astfel *Alamartine* pe 700 r. a., are 3 cazuri mortale. *Mlle Vertsmann* pe 46 r. a., cu scurocaină şi 42 cu percaină pentru gastrectomii a avut un caz mortal datorit analgeziei. *Winterstein* în 10 luni pe 350 r. a., cu percaină a avut 3 cazuri mortale. *Leriche* pe 3000 r. a., a avut 2 cazuri mortale. *Butoianu* a comunicat la Cong. de chir. că pe 5189 de r. a., cu stovaină sau novacaină n'a înregistrat nici un caz mortal din cauza anesteticului. In serviciul nostru pe 953 cazuri de r. a., cu tropococaină de asemenea n'am înregistrat nici un caz.

Autorii sunt de acord asupra cauzei accidentelor imediate în rachianestezie, susţinând în unanimitate că ele sunt produse de iritaţiuni trecătoare, sau impregnări precoce ale centrilor bulbari sau a ventriculului al IV. cu toxicul anesteziculuí.

2. *Accidentele tardive* sunt şi ele subdivizate în două categorii: *a) uşoare* — cari survin în primele zile după rachianestezie şi dispar repede ca: cefalee, rachialgii, retenţii urinare şi pareză intestinală. Ultimele 2 le-am semnalat destul de frequent în serviciul nostru în 8% şi le-am combătut pe cele urinare prin simplu sondaj sau cu injecţiuni subcutanate de stricnină; iar pe cele intestinale, cu administrarea de extrase de glandă hipofizară. In amândouă complicaţiunile am obţinut prin aceste mijloace rezultate complect satisfăcătoare;

b) *Accidentele tardive grave* sunt paraliziile nervoase care pot fi totale producând monoplegii, paraplegii, tetraplegii sau se pot limita numai la un singur grup de mușchi inervați de un singur nerv. In serviciul nostru am avut un caz de paralizie a sciaticului popliteu extern, survenit la trei săptămâni după rachianalgezie pentru o gastrectomie, o credem că e pe bază bacilară.

Delbet, Marinescu, Sager etc. susțin că aceste complicațiuni ar fi tulburări latente nervoase radiculare sau meningo-medulare, datorite unor maladii cronice (sifilis, tuberculoză) și substanța anestezică neavând decât numai rolul de a accelera evoluția acestor focare latente. Aceste accidente, care pot apare după 2—3 zile până la 1 lună dela rachianalgesie, au de regulă o evoluție sombră ducând de multe ori *(Müller)* la moarte prin marasm. In cazul nostru după un tratament de galvanizare, a cedat complect paralizia.

In serviciul nostru, de sub conducerea dlui Docent *Dr. Oct. Filipescu*, unde rachianalgezia este un mijloc anestezic cu preferință utilizat, — căutăm să prevenim aceste accidente, ținând seama pe de o parte de contra indicațiunile ce le pot prezenta bolnavii, iar pe de altă parte de prepararea bolnavilor și tehnica însăș.

Nu facem rachianalgezie la copii mici nici la bătrâni de peste 70 ani, la bolnavii cu afecțiuni cardio-renale, ftizici, luetici, la marii șocați, la anemii grave acute, nevropați, peritonite generalizate după 24 ore și la hipotensivi gravi.

In prepararea bolnavilor vom căuta ca în seara precedentă intervențiunei alimentațiunea să fie exclusiv lacto-hidrică, — administrându-i-se tot deodată un purgativ. — Se prepară psihic bolnavul, iar cu 10 minute înainte de rachianestezie se face o injecție subcutanată cu *„Cardiazol-efedrină“* casa Knoll.

Poziția bolnavului va fi întotdeauna șezândă; — în cazurile în cari această stare nu poate fi suportată de bolnav se va putea face în decubit lateral. Se desinfectează regiunea cu benzină iodată și tinctură de iod. Instrumentele folosite sunt o siringă Record și un ac lung de 10 cm. cu bizoul scurt și cât se poate de subțire. Sterilizarea se face prin fierbere. Ca substanță anestezică folosim în ultimul timp cu rezultate admirabile soluțiunea de *tropacocaină* 5% și 10% câte 1 cm^3.

Bolnavul este ținut de un ajutor în așa fel ca, coloana vertebrală să fie cât mai înclinată, punându-se bine în evidență apofizele spinoase. Operatorul face punctiunea după ce s'a spălat. În majoritatea cazurilor se face rachianestezia între l-a și a ll-a lombară. Introducerea acului trebue să fie executată cu precauțiune, dându-se

inclinaţie variabilă după regiune: orizontalul — în regiunea lombară, în sus şi înainte — în regiunea dorsală inferioară. Nu lăsăm să se scurgă lichid decât atât cât e necesar pentru control (5—6 gouttes) adaptăm siringa în prealabil încărcată cu anestezic şi facem un nou control, aspirând lichid în siringă, făcându-se cu aceasta simultan şi amestecarea anesteziculuì cu lichidul cefalo-rachidian, cam 4—5 cm.^{3} şi pe urmă introducem lichidul foarte încet. Extracţia acului se face bruse.

Procedând în felul acesta n'am înregistat nici odată vreun accident în timpul punctiei rachidiene. Bolnavul după aceasta se aşează imediat în poziţie de decubit dorsal sau chiar Trendelenburg. Se administrează din nou imediat după rachi-anestezie, o injecţiune de „*Cardiazol-efedrina*".

In felul acesta am putut executa rachi-analgezia pe 953 cazuri, fără să înregistrăm vreunul din accidentele mai grave relatate mai sus. Credem că în mare parte contribue la prevenirea acestor accidente şi „*Cardiazol-efedrina*" care e un preparat de acţiune promptă datorită combinaţiunei excelente dintre cardiazol, care este un spasmolitic şi tonic cardiac şi efedrina, — un excitant al sistemului simpatic. Când cu toate aceste precauţiuni, au survenit hipotensiuni mai grave, le-am combătut cu rezultate bune prin injecţiuni de *lobelină*, fără a fi siliţi să recurgem la metode mai energice ca injecţii intra-rachidiene cu caffeină, injecţii intracardiace cu adrenalină sau la procedeul nou descris de *I. Jianu* şi *D. Dumitrescu* de injecţiuni suboccipitale cu caffeină.

Togal

combinaţiune de acid acetylosalicilic, cu chinină şi lithiu este remediul ideal în toate manifestaţiunile dureroase ale

Reumatismului; deasemenea în gută, sciatică, lumbago, nevralgii, migrene, gripă, etc. etc.

Acţiune rapidă şi sigură. Nu provoacă nici un fel de turburare în funcţiunea normală a altor organe ca: stomacul, inima, rinichii, etc.

POSOLOGIE: de 3 ori pe zi câte 2—3 tablete.

Rezultatele recente obţinute în tratamentul tuberculozei pulmonare cu pneumotoracele artificial în ultimii trei ani la sanatorul T. B. C. din Aiud.

Sunt mai bine de 20 ani, de când autorii francezi ca Dumarest, Kuss şi alţii, şi-au publicat primele rezultate obţinute prin aplicarea pneumotoraxului artificial în tratamentul tuberculozei pulmonare. De atunci s'au publicat numeroase statistici, care au arătat eficacitatea acestui fel de tratament, iar pe de altă parte ameliorarea tehnică şi operatorie, de care a beneficiat pneumotoraxul prin descoperirea razelor X, l-a impus în fruntea tratamentului antituberculos.

La noi în ţară metoda lui Forlanini a pătruns încetul cu încetul şi astăzi se practică pe o scară destul de întinsă.

Principiile, pe cari se bazează valoarea practică a pneumotoraxului artificial, sunt acelea ale observaţiunilor clinice şi legilor terapeutice generale. Deja marii şi vechii clinicieni Woiller, Herard, etc., au observat efectul binefăcător al pneumotoraxului spontan asupra evoluţiei tuberculozei pulmonare, atunci când rămânea steril. Tot autorii vechi au observat evoluţia rapidă în spre bine a tuberculozelor pulmonare complicate cu exudate abundente pleurale.

In patologia generală se cunoaşte foarte bine valoarea curativă a imobilizării unui organ lezat şi această imobilizare are o acţiune cu atât mai mare în tuberculoză. Prin introducerea gazului în cutia toracică, plămânul se degajează şi astfel în urma forţei sale elastice se retractă, se creează un repaus relativ; circulaţia aeriană, sanghină şi limfatică diminuă, scade şi rezorbţia toxinelor încât fenomenele generale toxemice dispar şi tot astfel diminuă şi posibilitatea de diseminare.

De redutat nu sunt decât suprapresiunea care produce dispnee şi complicaţiunile cerebrale, care se produc atunci, când tehnica nu este perfectă. Aceste complicaţiuni au fost destul de frecvente

la începutul erei pneumotoracelui artificial, azi în urma perfecționării aparatelor și descoperirii razelor X, controlul reinsuflărilor și a compresiunei nu mai sunt expuse hazardului.

Valoarea terapeutică a pneumotoracelui artificial este considerabilă, cu toate acestea nu concordă cu aceea teoretică. In multe cazuri acest tratament nu se poate aplica din cauza frecvenței aderențelor pleurale complecte și ireductibile, desvoltate fie în cursul tuberculozei pulmonare, fie în urma unei pleurezii tuberculoase anterioare. Alteori extinderea prea mare, bilateralizarea și localizarea improprie a leziunilor, fac imposibilă aplicarea tratamentului cu pneumotorace.

Aplicarea pneumotoracelui artificial trebue cu toate acestea încercat în toate cazurile unde se găsește cât de cât o indicație pentrucă ameliorările imediate obținute cu acest fel de tratament depășesc de multeori orice așteptare.

Rezultatele îndepărtate sunt mai puțin frapante în raport cu numărul mare al bolnavilor tratați cu pneumotorace, cu toate acestea numărul rezultatelor foarte bune a vindecărilor clinice, este destul de apreciat (27% L. Bernard).

In cursul ultimilor 3 ani am avut ocazia să aplicăm tratamentul cu pneumotorace la 107 bolnavi, dintre cari însă nu putem utiliza pentru intrepretarea rezultatelor noastre decât 88 de cazuri. Restul parte au fost pierduți de sub observațiunile noastre (8), iar 11 cazuri au fost dintre acelea la cari s'a încercat instituirea, însă din cauza aderențelor pleurale nu s'a putut introduce aer.

Inainte de a intra în discuția rezultatelor obținute, vom încerca să ne oprim un moment asupra indicațiilor, de cari ne-am condus în aplicarea pneumotoracelui.

Experiențele din anii din urmă au arătat că pneumotoracele nu trebue aplicat numai acolo, unde leziunile sunt unilaterale. El e compatibil cu viața chiar aplicat bilateral, iar când se aplică numai de o parte, are uneori efecte curative și asupra leziunilor incipiente controlaterale.

Noi am aplicat tratamentul cu pneumotorace în:

I. Infiltrațiuni recente cu ramolisment și excavate;

II. Tuberculoze pneumonice și bronhopneumonice;

III. Tuberculoze nodulare cu tendință la ramolire;

IV. Tuberculoze fibrocazeoase cavitare, uni sau bilaterale.

Din punct de vedere al analizării rezultatelor obținute de noi, am împărțit cazurile în următoarele grupe:

Gr. 1. Rezultate foarte bune, caracterizate prin refacerea atât pulmonară, cât şi generală a bolnavilor, dispariţia bacililor din spută, a simptomelor fizice şi simptomatice, cât şi clarificarea radiologică a plămânilor bolnavi;

Gr. 2. Rezultate mediocre, unde am obţinut numai ameliorarea simptomelor generale: scăderea temperaturei, diminuarea tusei şi expectoraţiei, creşterea în forţe şi greutate, fără clarifieri mai importante radiologice şi fără dispariţia bacililor Koch din spută;

Gr. 3. Cazurile fără de nici un rezultat, în care grupă se cuprind acei bolnavi, cărora n'am reuşit să influenţăm spre bine boala. Parte din ei au sucombat, la o altă parte boala se înrăutăţeşte din ce în ce şi în fine o alta la cari boala a rămas staţionară;

Gr. 4. In grupul acesta ţinem să enumărăm cazurile complicaţiunilor survenite în cursul tratamentului cu pneumotorace artificial, adică acele de pleurezii exudative urmate sau nu de supuraţiuni sau simfize pleurale.

a) Din categoria grupului I., adică acelea cu rezultate foarte bune, caracterizate prin clarifieri radiologice pulmonare, prin dispariţia fenomenelor subiective, fizice şi a bacililor Koch, avem 21 cazuri, adică 23,8% din totalul cazurilor. Doui dintre aceştia au întrerupt tratamentul după 6 luni, cu toate acestea astăzi se găsesc în exerciţiul funcţiunei lor, fără ca să prezinte vreun semn de activitate al leziunilor pulmonare. Alţii 7 au întrerupt tratamentul după $1^1/_2$—$2^1/_2$ ani, iar restul urmează tratamentul, parte ambulant, văzându-şi între timp de ocupaţie, parte internaţi în sanatorii. Cei cari au întrerupt tratamentul, îşi văd de ocupaţie, afară de unul, care după 6 luni dela întreruperea tratamentului cu pneumotorace s'a reîntors cu leziuni deschise fibrocazeoase-cavitare. Din punct de vedere al leziunilor pulmonare aceşti bolnavi, la cari am obţinut rezultate foarte bune, 8 au prezentat infiltraţiuni recente cu ramolisment şi escavate, 4 leziuni tuberculoase nodulare cu tendinţă la ramolire, iar 9 tuberculoză fibrocazeoasă cavitară, dintre cari unul bilaterală, urmând şi tratamentul în consecinţă pneumotorace bilateral;

b) Din grupul II. acele cu rezultate mediocre unde am obţinut numai ameliorarea simptomelor stării generale: refacerea în forţă şi greutate, scăderea temperaturei, diminuarea tusei şi expectoraţiei cât şi ameliorarea simptomelor fizice locale fără clarifieri importante radiologice, am avut 34 bolnavi, adică 38,6%. Insuccesul tratamentului în aceste cazuri se datoreşte în parte pneumotoracelui incomplect, aderenţelor, care au împiedicat formarea unei bune compresiuni, aşezării improprii ale leziunilor pulmonare, iar alteori se da-

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.

LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :

Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.

COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage **(Adultes)** — 2 cuil. à dessert **(Enfants)**. — 2 cuil. à café **(Nourrissons).**

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine) ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure) comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE

RENÉ DUNOD

103, STR. TOAMNEI BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

Neupon

SEDATIV — NERVINOTONIC

SIROP și DRAGEURI

conține: Polibromură de Na și Am
Glicerophosphati de Ca și Mg.

Gust plăcut
Ușor de luat
Nu dă bromisme

EFECTE RAPIDE ȘI CONSTANTE ÎN
Neurastenie, Hysterie, Nevroze organice și funcționale

Mostre și literatură servește la cerere
DR. WANDER S. A.
Bucuresti—Str. Cazărmii 89

La durerile viscerale
Luverin
tablete
Compozitie de acid fenilaetylbarbituric, atropin metyl bromid papaverină,

Calmează durerile și suprimă contracțiunile spasmodice acționând asupra musculaturii netede

Preparat nou
La dureri 2 tablete Eventual doza se poate mări

Mostre și literatură servește la cerere
DR. WANDER S. A.
București—Str. Cazărmii 89

toreşte ţesutului conjunctiv pulmonar, care împiedică ocolirea pereţilor cavitari. Din aceste cazuri 3 au prezentat leziuni infiltrative, incipiente cavitare, restul 26 leziuni fibrocazeoase cavitare;

c) In grupul cu insuccese, adică unde nu am putut obţine nici un rezultat, ci din contră starea bolnavilor s'a agravat, avem 33 bolnavi, dintre cari 8 au sucombat între timp. Insuccesul tratamentului cu pneumotorace se datoreşte şi aici parte aderenţelor, simfizelor formate în cursul tratamentului şi în urma secreţiilor de lichid, parte formelor de tuberculoză, cari nu reacţionează la tratamentul cu pneumotorace. Astfel între acestea se numără 5 cazuri de pneumonie cazeoasă, unul de bronho-pneumonie, unul cu leziuni infiltrative recente excavate, 2 cazuri cu tuberculoză nodulară ramolită, iar restul de 24 au prezentat forme fibrocazeoase cavitare, uni sau bilaterale. Procentul acestei categorii de cazuri insuccese este de 37,5%;

d) In acest grup se cuprind cazurile complicaţiunilor survenite în cursul tratamentului cu pneumotorace: pleurezii exudative, benigne, adică cu colecţii lichide mici, fără reacţiuni generale şi locale importante, rezorbindu-se dela sine şi pleurezii exudative maligne cu reacţiuni puternice generale, cât şi locale, caracterizate prin ascenziuni mari termice, o stare toxemică pronunţată şi colecţie abundentă de lichid care necesită repetate evacuări. Tot în acest grup vom enumera şi cazurile de supuraţiuni pleurale. In urma tratamentului cu pneumotorace am avut 40 de cazuri de exudat lichid, adică 45,4% din totalitatea cazurilor tratate. Din aceste 40 de cazuri numai 6 au prezentat o formă malignă, cu simptome generale toxemice şi cu colecţiuni lichide abundente, cari au necesitat punctiuni repetate, 7 cazuri au fost urmate de simfiză pleurală, cari au necesitat întreruperea pneumotoracelui. Două din totalul cazurilor de hidro-pneumotorace s'au transformat în pio-pneumotorace, cari au rămas însă sterile şi în urma tratamentului cu sanocrizină s'au resorbit fără ca să necesite nici o funcţie evacuatorie, deci din totalul cazurilor tratate 2.2% au prezentat complicaţiuni purulente şi aceste benigne. Singurele complicaţiuni serioase, pe cari am avut ocazia să le observăm, au fost două complicaţiuni cerebrale survenite în urma manoperilor de insuflaţie. Primul caz a fost un bărbat la care introducerea aerului se făcea sub tensiune pozitivă din cauza aderenţelor. La una din reînsuflări acest bolnav a prezentat fenomene de embolie cerebrală: amauroză, pierderea cunoştinţei, convulsiuni tonico-clonice, vărsături, defecaţie şi urinare spontană. Cu toate semnele aceste caracteristice emboliei cerebrale bolnavul s'a refăcut după 20 minute, încât a părăsit singur sala de operaţie. Cel

de al doilea caz a fost o femee, cu o stare nervoasă accentuată la care accidentul s'a produs în momentul introducerei acului în pleură. Fără ca să se fi încercat introducerea aerului în cavitatea pleurală, bolnava acuză durere toracică, îşi pierde cunoştinţa şi este cuprinsă de convulsiuni tonico-clonice. După câteva minute îşi revine şi este dusă pe braţe în cameră, având o uşoară hemipareză dreaptă. Bolnava ajunsă în cameră, din nou începe să se simtă rău: cefalee, apare amauroză, hemipareza se accentuiază, iar după trei ore convulsiunile tonico-clonice reapar cu mai mare intensitate. In curs de 4 zile fenomenele agravându-se, bolnava sucombă cu fenomene meningiale şi ale unei pneumonii de stază. Deşi aer nu s'a administrat, totuşi toate fenomenele înregistrate pledează pentru embolie cerebrală, care însă la autopsie n'a putut fi pusă în evidenţă.

Făcând o scurtă reprivire asupra cazurilor noastre, vedem, că din 107 bolnavi, cărora li s'a încercat tratamentul cu pneumotorace, numai 88 au putut fi întrebuinţaţi, 8 din aceştia scăpându-ne de sub supraveghere, iar 11 cazuri au fost dintre acelea la care nu s'a reuşit instituirea pneumotoracelui din cauza aderenţelor. Din numărul de 88 bolnavi, pe cari i-am întrebuinţat în comparaţia rezultatelor noastre, 21 adică 23.8% au fost repartizaţi în categoria rezultatelor foarte bune. Dintre aceştia, 7 au întrerupt tratamentul şi îşi văd de ocupaţie fără ca să prezinte vreun semn de activitate al boalei, afară de unul singur, care după şase luni dela întreruperea tratamentului s'a reîntors cu leziuni deschise. Restul urmează tratamentul ambulant şi îşi vede de ocupaţie, iar o altă parte se găseşte încă internat. Din grupul cu rezultate mediocre caracterizate mai mult prin ameliorarea simptomelor generale, avem 36 bolnavi, adică 38.6%. Toate aceste cazuri se menţin cu o stare generală bună. Cazurile fără nici o ameliorare au fost în număr de 33, ceeace face 37.5%. Din aceste 8 au sucombat, o foarte mică parte se menţine staţionară, iar cei mai mulţi a progresat în spre mai rău. Numărul complicaţiunilor lichide au fost 40, adică 45.4%, a celor purulente 2% şi tot atâta a celor cerebrale, caracterizate prin fenomene de embolie, dintre cari unul a avut sfârşit letal.

In general rezultatele obţinute de noi cu pneumotoracele artificial în tratamentul tuberculozei pulmonare se apropie de acele obţinute de majoritatea autorilor. Cazurile noastre sunt de date recente şi pentru a se putea trage concluziuni precise, ele trebuesc observate şi mai departe. Astăzi se cunoaşte peste tot noţiunea „pneumotoracele vindecă tuberculoza" şi autorii cu experienţă vastă, ca: L. Bernard, Kuss, Sergent, etc., au dovedit cu cifre, că pneumoto-

racele poate vindeca tuberculoza total şi definitiv. Deşi nu e un tratament specific, totuşi prin efectul său binefăcător, medicul a câştigat un instrument terapeutic de o valoare incontenstabilă în terapeutica tuberculozei pulmonare, încât astăzi pneumotoracele trebue aplicat în toate cazurile, unde i se găseşte o indicaţie.

Dr. Mara Teodor.

Bibliografie.

L. Bernard: Etat actuel des methodes colapso-thérapeutiques. Le Mond medical 11. Novb. 1931. La tuberculose apres sa guerison par le pneumotorax artificiel. Presse medical 23 Novb. 1932.

R. Burnand: La tuberculose pleuropulmonaire 1930.

Renon: Valeure du pneumotorax artificiel dans le traitment de la tuberculose pulmonaire. Paris medical 1933.

Sergent: La tuberculose vol. I. şi II. 1926.

BIBLIOTECA CENTRALA „ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

TRATAMENTUL FITOTERAPIC AL STĂRILOR NEVROPATICE

Insomnii nervoase, anxietate, angoasă, vertigii, turburări nervoase ale vieţii genitale, turburări funcţionale ale cordului, vor fi în totdeauna ameliorate prin

PASSIFLORINE

medicament regulator al simpaticului şi sedativ central, compus numai din extracte vegetale *atoxice: Passiflora incarnata, Salix alba, Crataegus oxyacantha.*

Reprezentantul Laboratoarelor: G. REAUBOURG, Paris.

Literatură şi eşantioane:

GEORGES VERGLAS

I. Str. Precupeţii Vechi — Bucureşti, Sectorul 3.

Spitalul de Stat, Sighet
Medic primar: Dr. Salcă Eugen, la secţia Ginecologică şi obstetrică.

Apendicita şi Sarcina

Multă vreme s'a crezut că apendicita este mai frecventă în sarcină, idee care a fost a lui Pinard şi a lui Le Gendre. Se motiva aceasta frecvenţă prin următoarele motive:

1. Apendicele se deplasează în sus, înăuntru şi înainte în timpul sarcinei, după Füth;

2. După Bar datorită constipaţiei şi colibacilozei cari sunt caracteristice sarcinei;

3. Dieulafoy invocă drept motiv hipercolesterinemia gravidică şi tendinţa de a face calculoză în graviditate;

4. Anergismul şi microbismul latent din timpul sarcinei după Budin şi descinderea bruscă a uterului în timpul leuziei, ar contribui la ruptura aderenţelor, deranjarea apendicelui sau a predispoziţiunii lui pentru a se inflama.

Aceste cauze însă sau nu sunt verosimile sau sunt foarte problematice. Deplasarea apendicelui după Füth a fost controlată anatomic pe piese congelate de Varnier şi Couvelaire, radiologic de Hoffman şi Finck ajungând la concluziunea că apendicele cecal în timpul sarcinei se găseşte sub creasta iliacă în 86,5% a cazurilor. De altfel dacă se controlează frecvenţa apendicitei în sarcină ajungem la concluziunea, că nici nu este aşa de frecventă.

In serviciile de maternităţi, frecvenţa apendicitei este după Pinard 1/11497, după Chorbuck 13/13000, după Brindeau 16/12000. In serviciile de chirurgie, frecvenţa este următoare: 12/1300 cazuri de apendicită (Jerkov) deci 1,5%.

Apare mai frecvent la femei în vârsta de 15—30 ani şi în ordinea frecvenţei la 3—7 luni, 7—9 luni, 1—3 luni ale graviditătii şi mai puţin în leuzie. In ceeace priveşte gravitatea apendicitei ea este cea mai mare în 5—7 lună a sarcinei şi mai puţin gravă la începutul graviditătii.

Gravitatea apendicitei în timpul sarcinei şi a leuziei.

Peritoneul femeiei gravide sau leuze este foarte sensibil, meteorismul frecvent la femeie este datorit adesea unei iritaţiuni mecanice sau septice, un trombus mai mare, o infecţiune puerperală, chiar legeră, sunt motive de a se agrava apendicita.

Simptomele apendicitei în sarcine şi leuzie sunt puţin modificate faţă de apendicită în general.

Pentru a cumpăni semnele unei apendicite, trebue mai cu seamă în obstetrică să avem în vedere anamneza bolnavei, în special a controla dacă bolnava nu a mai avut crize analoage.

Durerea spontană există în general la sfertul interior al abdomenului, la nivelul epigastrului sau la ombilic în ordinea frecvenţei. Greaţa şi vomismentele apar în 50% ale cazurilor, de altfel aceste simptome pot apare în sarcină, să ne permitem a spune, în mod fiziologic. Temperatura rareori depăşeşte 38,5—39 grade dar poate fi chiar o termie normală într'o apendicită. Hipertermia apare în 71% ale cazurilor (Garlov). Pulsul, în general, este mai frecvent în raport cu temperatura (38/80). Durerea la presiune se poate controla mai bine dacă culcăm femeia lateral pe partea stângă. Sediul durerei este variabil uneori la punctul lui Mc. Burney sau în sfertul inferior al abdomenului sau în regiunea ombilicală. Mobilizarea uterului la stânga sau la dreapta provoacă durere în dreapta (în fosa iliacă dreaptă). Ridicarea membrului inferior drept este însoţită de durere (semnul psoasului). Defense musculaire se găseşte numai în 25% ale cazurilor după Garlov. Studiul reflexelor cutanate nu este important. Lemeland a descris un semn de foarte mare valoare care nu se găseşte întotdeauna însă, *contractura uterină reflexă* ce constă în faptul că uterul prezintă o contractură permanentă ca duritatea lemnoasă care se găseşte în apoplexia utero placentară.

Diagnosticul diferenţiar.

1. Cu pielo-nefrită ce prezintă multe simptome comune cu apendicita: durerea în dreapta, febră, vomismente. Durerea în pielo-nefrită e mai posterioară şi este însoţită de mărimea şi sensibilitatea rinichiului (mai accentuate la rinichiul drept). Semnele renale sunt însoţite de prezenţa substanţelor anormale în urină: puroi, albumină. Important este de reţinut că tulburările urinare sunt foarte frecvente şi în apendicită şi sarcină (Bull) şi este important controlul sedimentului. Temperatura este de obicei mai ridicată în pielo-nefrită şi însoţită de frisoane, de altă parte pielo-nefrita gravidică este mai frecventă decât apendicita. Cateterismul ureterelor poate clarifica diagnosticul;

2. Salpingita poate uneori să fie confundată cu apendicita. Vom lua în considerare antecedentele bolnavei bine înţeles cele ginecologice, apoi vom culege datele importante prin tuşeul vaginal şi vom nota durerile mai accentuate ce le obţinem prin mobilizarea uterului. Cu aceasta ocaziune amintim, vechea credinţă că femeile cu salpingită nu pot fi gravide, nu este adevărată; Brindeau a adunat 93 de cazuri de femei gravide cu salpingită. Sundeberg 64 cazuri. Aceste femei de obicei sunt dismenoreice cari au, sau au avut leocoree. De obicei la aceste cazuri este vorbă de sarcini în luna 2—3. La examenul genital, găsim uterul deplasat la dreapta şi dacă vom încerca să tragem asupra bazei trompelor cu degetul, vom provoca o durere accentuată;

3. Cu sarcina extra-uterină, diagnosticul devine dificil mai cu seamă dacă avem o sarcină ectopică la termen;

4. Poate să se confunde cu: ileusul, torsiunea unui chist, al unui fibrom, al anexelor, puseul de necroză al unui fibrom (aseptic) cholecistită, etc.;

5. In leuzie în faţa unor acuze în primul rând ne vom gândi la infecţiunile de origine genitală (anexite-peritonită).

Câteva infecţiuni anaerobice consecutive unui avort provocat poate să samene foarte mult cu apendicita gangrenoasă.

Pentru diagnostic dintre probele de laborator, singură leucocitoza ne poate servi şi numai în cazurile cronice se poate recurge la un diagnostic radiologic.

Pronosticul apendicitei în sarcină este foarte grav. Două momente capitale indică pronosticul: 1. Apendicita este cea mai gravă în 5—7 lună a graviditâţii, 2. şi e mai gravă la orice femeie în timpul naşterii, înaintea unui avort sau imediat după naştere sau avort.

In aceste cazuri apendicitele sunt extrem de grave prin pericolul de infecţiune gravă peritoneală (chiar septicemie) care se poate produce probabil datorită deplasării involutive a uterului ceeace face ca infecţiunea să se generalizeze şi să se rupă aderenţele unui proces localizat. Apoi în aceste cazuri rezistenţa organismului contra infecţiunei este scăzută datorită microbismului latent din aceste cazuri şi mai cu seamă datorită faptului că activitatea sistemului reticulo-endotelial după naştere sau avort este scăzută (Benda).

Mortalitatea în cazurile nu prea grave este după Jerlov la 263 cazuri o mortalitate de 9,5%. Mortalitatea înaintea naşterii sau după naştere sau avort este de 90%.

Ceeace priveşte mortalitatea infantilă în apendicită se produce prin 2 căi:

1. Datorită întreruperii sarcinei,
2. Prin infecţiunea transplacentară.

Prin întreruperea sarcinei în cazurile uşoare (sarcină aproape la termen) mortalitatea fetală este de 9%, în cazurile grave, mortalitatea este de 70—90%; în ceeace priveşte infecţiunea transplacentară, date statistice nu sunt şi de altfel este foarte greu de stabilit.

Tratamentul.

In ceeace priveşte tratamentul în general avem următoarele atitudini. In toate cazurile de apendicită diagnosticată în primele 36 ore, intervenim. După acest timp şi unde nu este vorba de nici o complicaţiune aşteptăm şi intervenim la rece la 10—15 zile. In cazurile complicate (peritonită, abces) intervenim întotdeauna. Se pune întrebarea de către unii autori, să se intervină în toate cazurile de femei gravide care în antecedente au prezentat puseuri de apendicită, dacă întrebarea aceasta în general pare a fi exagerată, în unele cazuri este justificată. Când sarcina este la termen, Halban propune naşterea forţată, Marschner cesariana vaginală, Coche Masson cesariana abdominală, însă majoritatea autorilor este de părere de a lăsa femeia să nască singură. In cazuri de sarcină prematură niciodată nu vom întrerupe sarcina cu scopul de a uşura starea femeii, ceeace de fapt ar agrava-o mult; în cazurile când avem un avort decomplectat vom proceda cu prudenţă.

Tehnica.

Tehnica intervenţiunii este aceiaş ca şi în apendicită în general. Incizia pe marginea dreptului abdominal. Drenaj în cazuri de peritonită, în cazuri grave ser anti-gangrenos subcutan şi în pansament local. Morfinizare sau spasmalgină pentru a nu provoca avort. In caz de dificultate din cauza uterului evacuăm întâi uterul.

MASAGE FARINA Biarritz

este recomandat de toate somităţile medicale, dând rezultate strălucite. Se prescriu masage zilnice pentru absolut toate vârstele. MASAGE FARINA BIARRITZ este un preparat cu alcohol care reconfortează.

Pentru domnii medici mostre **numai** pentru uzul personal.

Depozit general pentru România: STRADA LUCACI, 106
TELEFON 3-57-61

Neosalvarsanul şi tratamentul septicemiilor carbunoase grave.

Istoricul tratamentului antraxului e destul de restrâns, întrucât timp îndelungat nu a fost decât local, constând din extirparea pustulei maligne cu bisturiul, metodă abandonată cu totul astăzi. Acesteia i-a urmat apoi metoda lui Verneuil care consta în a injecta sub cutanat în zona periferică a pustulei substanţe antiseptice sau a face termo-cauterizări în aceiaşi zonă.

La tratamentul general nu s'a recurs decât mai târziu. Astăzi sunt aplicate pe o scară largă seroterapia cu ser anti cărbunos, ser natural de bou şi de cal, cari în practică s'au dovedit a fi tot aşa de eficace ca şi serul anticărbunos.

De altfel eficacitatea serului anticărbunos e foarte relativă nedând rezultate decât inconstante. S'au mai propus şi încercat o serie de tratamente, astfel prin toxină de pioceaneu, inj. cu electrargol, atoxil, iod-iodurat, etc.

De remarcat mai e tratamentul preconizat de şcoala germană cu neosalvarsan, asupra căruia se referă observaţiunile mele.

Se ştie că neosalvarsanul în afară de întrebuinţarea lui în bolile infecţioase mai are o largă aplicare terapeutică. Recent Alexandrov într'o lucrare publicată în anul trecut, expune mai multe cazuri de febră tifoidă formă gravă, la cari aplicând injecţii cu neosalvarsan, a obţinut rezultate încurajatoare.

Expun mai jos cazurile observate, rezumând însă expunerea tabloului clinic şi a mersului boalei la simtomele cardinale, întrucât cărbunele în evoluţia şi manifestările lui e destul de eclatant pentru a putea fi cu destulă uşurinţă diagnosticat.

Obs. I. Pacientul D. G. de ani 34, intră în spital în a 33-a zi de boală cu starea generală gravă, temperatura 39,9, prezentând un edem extins interesând obrazul, pleoapele ochiului drept, buzele, grumazul până la piept dând bolnavului un aspect monstruos. Vărsături continue în ultima zi. Dureri nu acuză. La nivelul comisurii externe a pleoapelor se observă o escară neagră de mărimea unui

bob de mazăre, înconjurat de câteva vezicule clare. Ganglionii regionali prinşi.

Se administrează bolnavului la intrare 40 cc. ser anticărbunos intravenos şi aceiaşi doză intramusculară, aplicându-i-se comprese umede pe întreg edemul. Seara se repetă aceiaşi doză lăsând pansamentul pe loc. In ziua următoare starea generală mai gravă, edemul mai extins ajungând până la partea mijlocie a toracelui, iar pe suprafaţa edemului apar vezicule. Se injectează atunci 0,60 ctgr. neosalvarsan, schimbându-se şi pansamentul umed. După 5 ore se repetă injecţia de neo. însă numai de 0,30 ctgr. Seara, bolnavul se simte uşurat, febra scăzută la 38,5, se face încă 0,15 ctgr. neosalvarsan.

In ziua treia dela intrare, se face neo. în două rânduri, iar ser câte 20 cc. Seara febra scăzută la 37,5, iar edemul în retragere. In ziua patra nu se mai fac decât 20 cc. ser. Temperatura dispărută.

Bolnavul face o convalescenţă de două săptămâni în care timp se produce eliminarea zonei necrotice şi închiderea plăgii.

Obs. II. Pacientul P. A. în vârstă de 55 ani. Boala datează de 2 zile când bolnava a observat că pe faţa dreaptă a grumazului prezintă o acnee pruriginoasă în jurul căreia se formează un edem care progresează extrem de rapid. Bolnava e prinsă de un frison puternic urmat de vărsături şi diaree. La intrarea în spital edemul interesa faţa dreaptă a gâtului împreună cu obrazul drept şi partea antero-superioară a toracelui de acelaş lat. Imediat dedesubtul mandibulei drepte prezintă o escară neagră necrozată înconjurată de vezicule clare. Temperatura 39,6, stare de adinamie, zgomotele cardiace surde.

Luând în consideraţie etatea înaintată a bolnavei se fac doze ceva mai scăzute de neosalvarsan. La intrare se administrează 0,30 ctgr. neo. şi 40 cc. ser anticărbunos intramuscular. Seara temperatura persistă iar edemul ceva mai extins, bolnava se plânge de cefalee atroce, se injectează 0,45 ctgr. neosalvarsan. In dimineaţa zilei a doua edemul stagnează, iar temperatura scăzută la 38,5, se administrează din nou 0,30 neo. schimbându-se şi pansamentul umed. In după masa aceleaşi zile, starea staţionară, se injectează 0,30 ctgr. neosalvarsan. In ziua treia toate fenomenele mult diminuate, febra 37,7, edemul în retragere, iar placa necrotică aproape izolată având dimensiuni de 20 până la 25 cm. p., vărsăturile şi diarea au cedat deja din ziua a doua dela intrarea în spital. Se mai practică în ziua treia 0,15 ctgr. neosalvarsan în două rânduri şi 20 cc. ser. In ziua patra temperatura sub 37. Bolnavul intră în convalescenţă.

Am mai avut la acest serviciu încă 5 cazuri de cărbune, în afară de cele două mai sus expuse, între cari 3 au fost forme maligne extrem de grave, toate vindecate, cărora le-am aplicat acelaş procedeu terapeutic injectând concomitent şi ser anticărbunos. Natural cantitatea de neosalvarsan variind după circumstanţă, nedepăşind însă la o injecţie 0,60 ctgr. şi un gr. la zi. Adaug însă că, cardiotonicele, oleu camforat, adrenalina cardiazol, coramină, etc., nu au lipsit, administrându-se adecuat stării ce o prezenta fiecare bolnav.

Neosalvarsanul e un adjuvant excelent al serului, dar nu numai atât, el poate fi întrebuinţat singur, atunci când serul lipseşte, lucru dovedit în special de autorii germani. Eficacitatea lui e mult mai pronunţată decât aceea a serului, având şi avantajul de a nu produce reacţiuni chiar şi atunci când în cazuri grave e întrebuinţat în doze destul de mari.

In ceeace priveşte modul de acţiune a neosalvarsanului, cu cea mai mare probabilitate că, lucrează prin sistemul reticulo-endotelial, întrucât puterea lui bactericidă în vitro e notoriu ca fiind extrem de mică. Asupra S. R. E. acţionează, după cum spuneam probabil, ca un stimulent, determinând ca acest sistem la rândul său prin proprietăţile defensive ce are, să acţioneze asupra agenţilor patogeni (Wohlers şi Audeaud).

Dr. Cassiu Suciu
medic de spital.

Despre relaţia între temperatura şi cantitatea laptelui.

Profesor Moll din Viena a demonstrat că, dacă sânul femeilor e în acţiune, temperatura e mai ridicată sub piept cu 0,3—1^0 decât în axilă.

Această metodă am folosit-o şi eu pentru a constata la care temperatură au femeile mai mult lapte şi la care mai puţin. In acest scop am măsurat temperatura, durată de 5 minute, atât sub piept, cât şi sub axilă în acelaş timp, dimineaţa la ora 9 înainte de a doua sugere şi seara la ora 6 înainte de sugere. Măsurarea temperaturei am făcut-o la 15 femei care se aflau la îndemână în Centrul pentru ocrotirea copiilor din Timişoara.

Cercetările mi-au dat următoarele rezultate cuprinse în tabela ce urmează mai jos:

Numele femeilor	Temperatura	Dimineaţa la ora 9		Seara la ora 6		Diferenţa între		Sugeri		Al câtelea copil	Etatea copilului	Etatea mamei
		în axilă	sub piept	în axilă	sub piept	axilă şi piept		dim.	seara			
1. B. R.	„	36·7	36·9	36·9	37·3	+ 0,2	+ 0,4	420 puţin lapte	480	I.	3 luni	18 ani
2. H. M.	„	37·3	37.6	36·7	37·3	+0,3	+ 0,6	680 destul lapte	780	I.	1 lună	18 ani
3. F. Z.	„	36·6	37.1	35^0	36·8	+ 0,5	+ 1,8	470 are mult lapte gemeni	530	II.	6 săpt.	22 ani
4. W. E.	„	37·5	37·1	37^0	36,8	— 0,4 a fost gripată!	— 0,2	620 mult lapte	620	II.	14 zile	24 ani
5. H. M.	„	36·3	36·7	37^0	37·4	+ 0,4	+ 0,4	400 destul lapte	550	I.	7 luni	19 ani
6. F. R.	„	36·1	36·8	36·9	36·8	+ 0,7	— 0,1	370 puţin lapte	410	I.	4 luni	24 ani
7. Z. B.	„	36·1	36·7	36·8	36·9	+ 0,6	+ 0,1	530 mama are l. copilul nu vrea să sugă	500	I.	2 luni	20 ani

Numele femeilor	Temperatura	Dimineaţa la ora 9		Seara la ora 6		Diferenţa între		Sugeri		Al câtelea copil	Etatea copilului	Etatea mamei
		în axilă	sub piept	în axilă	sub piept	axilă şi piept		dim.	seara			
8. W. L.	„	37⁰	37·2	37·1	37·2	+ 0,2	+ 0,1	340 puţin lapte	370	V.	11 luni	40 ani
9. H. B.	„	37·1	36·5	37⁰	36⁰	— 0,6	— 1⁰	150 puţin lapte	120	III.	8 luni	21 ani
10. P. A.	„	37⁰	37·2	37·5	37·5	+ 0,2	0	440 puţin lapte	460	I.	11 luni	22 ani
11. C. R.	„	36·2	36·9	37·1	35·6	+ 0,7	— 0,5	420 puţin lapte	660	IV.	6 luni	33 ani
12. B. M.	„	36·2	37⁰	37⁰	37·6	+ 0,8	+ 0,6	410 mama are l. copilul nu vrea să sugă	350	I.	7 săpt.	19 ani
13. K. R.	„	35·9	36·3	36·5	37⁰	+ 0,4	+ 0,5	210 mama are l. copilul nu vrea să sugă	130	III.	7 luni	34 ani
14. F. E.	„	36·3	36·9	37⁰	37·1	+ 0,6	+ 0,1	880 mama are mult lapte	740	III.	7 luni	26 ani
15. R. V.	„	36·9	36·7	37·1	36·8	— 0,2	— 0,3	280 puţin lapte	250	I.	5 săpt.	28 ani

Din această tabelă se observă că la femeile care au avut destul lapte, temperatura a fost mai ridicată cu 0,4⁰ sub piept decât temperatura axilei. Iar sub pieptul femeilor care au avut puţin lapte, diferenţa a fost sub 0,4⁰, sau chiar sub temperatura axilei.

Deoarece temperatura nu este totdeauna constantă, trebue s'o măsurăm de mai multe ori.

Această metodă poate să aibă un mare efect asupra psihicului mamelor dacă temperatura sub piept se urcă. Mamele observă această diferenţă de temperatură cu cel mai mare interes şi dacă la mame cu hipogalactie temperatura sub piept se ridică, e un mijloc bun pentru a întări credinţa că este, sau va fi mai mult lapte, deoarece psihicul lor se poate uşor influenţa.

Această metodă de a aprecia cantitatea laptelui prin măsurarea temperaturei e bună pentru medicul practician, deoarece nu se poate găsi în fiecare casă un cântar de copii; pentru medicul de institut e un mijloc bun pentru depistarea femeilor care vor să scape de sarcina alăptării, iar la angajarea doicilor ne dă indicaţiuni asupra cantităţii laptelui. Dacă o doică va avea o temperatură mai scăzută sub mamelă decât în axilă, atunci e probabil să nu fie o bună alăptătoare.

Dr. Vasile Voinovici.

Un nou preparat „Sandoz“

BELLERGAL

Sedativ eficace al pneomagastricului, simpaticului şi a nucleilor centrali.

O dragee conţine:

0,0001 Bellafolin
0,0003 Gynergen
0,020 Acid-Phenylaetherbarbituric.

Indicaţiuni:

Distonie vegetativă — migrene — Basedow — urticarie — stări nervoase şi depresive — transpiraţii nocturne, etc.

Doze medie:

3—5 dragee divizate în cursul zilei.

Flacon cu 25 şi 100 dragee.

SANDOZ **Literatură şi eşantioane stau la dispoziţie.**

Reprezentanţa ptr. Bucureşti:
Drogueria Nestor
Str. Şepcari 6.

Reprezentanţa pentru Cluj:
Drogueria „Royal“
Piaţa Unirii 26.

FABRICA CHIMICĂ fost „SANDOZ“, Basel (Elveţia)

4*

Arta parfumeriei a atins în anii 1934—35 culmile gloriei

Parfumul şi Apa de Colonie

Chat Noir
Jokey Club
Perle de Paris

Ocupă locurile de frunte între parfumuri şi ape de colonie.

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**
156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

Pe marginea statificării serviciilor şi instituţiilor sanitare judeţene şi comunale.

Prin dispoziţiile Legii sanitare şi de ocrotire din 1930, serviciile sanitare judeţene şi municipale, precum şi o bună parte a instituţiilor şi aşezămintelor sanitare: spitale, dispensare, ambulatoare policlinice, etc., dimpreună cu agenţii sanitari şi moaşele comunale şi de circumscripţie, au fost trecute dela Stat în sarcina bugetară a judeţelor şi comunelor. Această tendinţă de *descentralizare sanitară* nu a dat rezultate satisfăcătoare decât într'un număr restrâns de judeţe şi oraşe, în cele mai multe din ele iniţiativa şi spiritul de sacrificiu al organelor administraţiilor locale dovedindu-se insuficientă sau chiar inexistentă, iar rezultatul manifestându-se în desorganizarea şi desagregarea serviciilor şi instituţiilor sanitare descentralizate. Organele de inspecţie şi control ale Ministerului au constatat, că acolo unde Prefecturile de judeţe şi Primăriile oraşelor au avut suficientă înţelegere şi bunăvoinţă faţă de problemele sanitare, instituţiile şi serviciile sanitare au prosperat sub administraţia lor, iar acolo unde aceasta înţelegere a lipsit, instituţiile sanitare au rămas în părăginire. S'a mai constatat că în unele oraşe şi judeţe au avut de suferit instituţiile şi serviciile sanitare şi din cauza neînţelegerilor dintre conducătorii administraţiilor locale şi medicii conducători ai instituţiilor sanitare, fie pe motive politice, fie pe motive de supremaţie rău înţeleasă. In orice caz însă, în timpul celor 4 ani de experimentare al sistemului, el s'a dovedit bun în unele judeţe şi a dat rezultate rele în altele, iar aceste din urmă fiind în majoritate, s'a ivit necesitatea unei modificări a sistemului, în scopul de a se asigura o mai bună funcţionare a tuturor serviciilor şi instituţiilor sanitare din ţară. Congresele repetate ale medicilor şi diferitele congrese ale personalului sanitar auxiliar, în moţiuni prezentate Ministerului, au solicitat în mod insistent readucerea la Stat a instituţiilor şi serviciilor sanitare, aceasta readucere fiind considerată ca singurul remediu salvator. Ministerul Sănătăţii, apreciind motivele invocate şi căutând

a salva instituţiile sanitare ameninţate, a găsit o soluţiune intermediară, care se părea că va soluţiona în mod fericit aceasta dificilă problemă. Prin *Decretul Lege Nr. 3034* din Noemvrie 1934 s'a hotărît anume, *trecerea tuturor instituţiilor şi serviciilor sanitare judeţene şi comunale sub îndrumarea şi administrarea directă a Ministerului Sănătăţii,* iar pentru întreţinerea lor s'a hotărît ca judeţele şi comunele să verse Ministerului o cotă de 10 şi 15% din bugetele lor. Urma ca aceasta cotă, care era socotită suficientă pentru întreţinerea acestor servicii şi instituţii, să fie pusă la dispoziţia Eforiilor sanitare şi de ocrotire judeţene, create prin art. 18 din Legea pentru modificarea legii sanitare din 16 Iulie 1934, ele având a se îngriji în viitor de întreţinerea şi administrarea serviciilor şi instituţiilor sanitare preluate dela judeţe şi comune.

Prin dispoziţiile din acest Decret Lege, se aducea deci un corectiv — socotim foarte fericit şi bine venit — descentralizării sanitare introduse prin legea sanitară din 1930. Prin acest corectiv, pe de o parte instituţiile şi serviciile sanitare erau scoase de sub conducerea şi influenţa directă a Primăriilor şi Prefecturilor de judeţe şi date sub îngrijirea şi îndrumarea gospodărească a unor Eforii, compuse din persoane cunoscătoare ale împrejurărilor locale şi întrucâtva în afară de zona de influenţă a contingenţelor politice, — iar pe de altă parte Prefecturilor şi Primăriilor li se *impunea în mod obligator* o cotă minimală pentru acoperirea tuturor cheltuelilor sanitare, rămânând ca toate instituţiile şi serviciile sanitare din ţară să fie îndrumate şi supravegheate în mod unitar de către un organ suprem care era: Ministerul sănătăţii. Dispoziţiile Decretului Lege Nr. 3034 însemna astfel un pas înainte spre o reală descentralizare sanitară şi căuta a produce o stimulare a iniţiativei locale la realizarea unui cât mai vast program sanitar. Corpul medical în deosebi, a salutat cu multă bucurie aceste dispoziţii, cari însemnau un real progres în organizarea noastră sanitară, deschizând perspective largi unor realizări importante în domeniul sanitar, prin organe locale.

Constatăm însă, că aceste perspective frumoase au fost mult întunecate prin modificările cari s'au adus în ultimul moment dispoziţiilor din Decretul Lege Nr. 3034, dar mai ales prin *dispoziţiile greşite cari s'au luat de către organele administraţiilor locale din toată ţara în legătură cu punerea lui în aplicare.* Prin *Legea cotei suplimentare de 2%* promulgată la 1 Aprilie 1935, în locul celor 10 şi 15% destinate scopurilor sanitare din bugetele judeţelor şi comunelor, se institue o *supracotă de 2%* peste cotele adiţionale cuvenite comunelor, urmând ca sumele ce se vor realiza din aceasta supra-

cotă să se verse prin Banca Națională Ministerului Sănătății „*pentru sprijinirea serviciilor, instituțiunilor și așezămintelor sanitare ale județelor, orașelor și comunelor rurale*". Prin art. 3 din aceasta nouă Lege „*județele și comunele sunt scutite de a mai vărsa Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, sau Ministerului de Interne vreun fond, de orice natură ar fi el, pentru sprijinirea instituțiilor și așezămintelor sanitare ale județelor și comunelor*".

In urma acestor dispoziții, Ministerul Sănătății cu începere dela 1 Aprilie 1935 a preluat dela județe și comune serviciile și instituțiile sanitare care le aparțineau, rămânând ca de aici înainte ele să fie îndrumate, administrate și susținute de către Minister. S'au preluat astfel *toate spitalele, ambulatoarele policlinice, dispensare, serviciile sanitare de județe, orașe și municipii, moașele de circumscripție și cele urbane precum și agenții sanitari*, cari erau plătiți sau întreținuți până în prezent din bugetele județelor și comunelor. Toate aceste servicii și instituții au fost preluate de către Minister dimpreună cu întreg inventarul și tot personalul pe care l-au avut, cheltuelile înglobându-se într'un buget separat al Ministerului Sănătății, care buget se va acoperi din veniturile supracotei de 2%. S'a făcut deci o *centralizare* a tuturor serviciilor și instituțiilor sanitare sub oblăduirea Ministerului Sănătății, părăsindu-se începutul de descentralizare realizat prin dispozițiile Legii sanitare din 1930.

Aceasta măsură nouă în organizarea noastră sanitară a fost primită cu sentimente cât mai variate. Unele servicii și instituții, în deosebi cele din Ardeal, regretă îndepărtarea lor dela județe și comune, dar mai ales regretă că nu se mai găsesc înglobate în bugetele acestor autorități locale, cari s'au îngrijit în condiții bune de întreținerea și prosperarea lor, iar altele se bucură că scapă de sub imperiul unui regim nesigur de carență și lipsuri și speră într'un progres rapid sub oblăduirea Ministerului.

Viitorul ne va arăta dacă este justificat regretul unora sau bucuria celorlalți. Măsura luată poate fi bună sau poate fi rea, după felul cum va fi aplicată și mai ales după cum supracota va putea realiza sau nu fondurile necesare, pentru a face față în mod satisfăcător tuturor necesităților și mai ales tuturor așteptărilor. Ori constatăm, că chiar la punerea în aplicare a legii se ivesc anumite inconveniente cari pot fi grave în consecințele lor. Se constată anume, că dispozițiile din legea supracotei de 2% s'au *interpretat în mod unilateral și în sens greșit de către conducătorii administrațiilor locale*, ba chiar și de către organele centrale ale Ministerului de Interne, de cari depind aceste autorități. Cu ocaziunea întocmirii

bugetelor judeţelor şi comunelor s'au dat dispoziţii severe ca *pentru viitor să nu se mai prevadă în bugetele acestor autorităţi nici un fel de sumă pentru scopuri sanitare*, iar în formularul de buget-tip care s'a trimis autorităţilor locale, nici nu mai figurează vreun capitol de cheltueli sanitare. Rezultatul imediat a fost, că organele administraţiilor locale, *primăriile comunale şi prefecturile de judeţe, nu au mai prevăzut în bugetele lor nici un ban pentru cheltueli sanitare sau de ocrotire*, sau dacă din anumite considerente, totuşi au introdus anumite sume minimale în acest scop, ele au fost suprimate de către autorităţile tutelare. Rămâne deci constatarea, că judeţele şi comunele nu mai dispun pentru moment în bugetele lor, de nici un fel de prevedere în scopuri sanitare sau de ocrotire. Lucru nu ar avea importanţă şi mai ales nu ar avea consecinţe rele pentru bunul mers al serviciului sanitar, dacă Ministerul Sănătăţii ar fi prevăzut în bugetul său toate cheltuelile sanitare, cari până în prezent erau suportate de către judeţe şi comune. Constatăm însă, că Ministerul Sănătăţii nu a preluat în bugetul său o serie întreagă de cheltueli sanitare, cari conform legii sunt obligatorii şi cari până în prezent erau suportate de către judeţe şi comune. *Cum aceste cheltueli nu mai sunt prevăzute nici în bugetele judeţelor şi comunelor, înseamnă că ele sunt cu totul suprimate sau uitate, ceeace aduce însă perturbaţiuni serioase şi grave prejudicii serviciului sanitar.*

Iată o serie din aceste cheltueli obligatorii rămase nebugetate: *salariul moaşelor comunale; dreptul la cvartir, luminat şi încălzit pe seama medicilor de circumscripţie şi surorilor de ocrotire, asigurat prin dispoziţiile art. 77 din Legea sanitară; cheltuelile efective de transport ale medicilor primari de judeţe, medicilor de oraşe şi medicilor de circumscripţie, asigurate prin dispoziţiile art. 54 şi 77 din Legea sanitară; chiria şi întreţinerea birourilor serviciilor sanitare de oraşe, municipii şi judeţe, pe cari atât oraşele, cât şi judeţele refuză a le mai întreţinea; cheltuelile pentru combaterea epidemiilor (desinfectări, izolări, infirmerii provizorii sau stabile, etc.) prescrise prin art. 279 din Legea sanitară; cheltuelile de întreţinere a bolnavilor în spitale asigurate prin dispoziţiile art. 71 şi 118 din Legea sanitară; cheltueli împreunate cu procurarea de medicamente pentru bolnavii săraci şi pentru instituţiile sanitare, medicamente, cari nu se găsesc şi deci nu pot fi primite din depozitele Ministerului, etc.*

Astăzi, la aproape o lună şi jumătate dela preluarea de către Minister a instituţiilor şi serviciilor sanitare judeţene şi comunale, aceste cheltueli bugetare se găsesc încă suspendate, neştiind introduse şi prevăzute în nici un fel de buget, deşi toate sunt strict ne-

cesare bunului mers al serviciului sanitar, dar sunt şi obligatorii pentru comune şi judeţe în conformitate cu dispoziţiile Legii sanitare în vigoare. Cu drept cuvânt se pune întrebarea: în sarcina cui rămân aceste cheltueli obligatorii? Pot fi ele suprimate fără a periclita nu numai bunul mers, dar chiar existenţa serviciului sanitar, tocmai acolo unde el ar trebui să fie mai mult întărit, adică în mediul rural? Medicii primari de judeţe, medicii de circumscripţie rurală, surorile de ocrotire, moaşele comunale, îşi vor mai putea oare îndeplini obligaţiunile lor de serviciu pe cât de multiple, pe atât de dificile, fără ca să li se asigure minimul necesar pentru existenţă şi neavând posibilitatea de a se mai putea deplasa în conformitate cu necesităţile serviciului?

Iată o serie de întrebări cari reclamă un răspuns urgent şi categoric, chemat să repare greşelile cari s'au făcut şi să readucă liniştea în sânul corpului medicilor sanitari şi a personalului sanitar auxiliar, care astăzi se agită din nou, văzându-şi pierdute atâtea drepturi eluptate numai cu mari dificultăţi.

Răspunsul nu poate fi decât unul singur şi anume acela *de a obliga în mod categoric organele administraţiunilor locale, Prefecturi de judeţe şi Primării comunale de a înscrie fără întârziere în bugetele lor toate aceste cheltueli, ele fiind strict legate de necesităţile sanitare ale comunelor şi judeţelor şi fiind obligatorii pentru ele în conformitate cu dispoziţiile categorice din legea sanitară.* Aceasta obligativitate trebue să le fie impusă fie printr'un Jurnal al Consiliului de Miniştri, fie printr'o decizie a Ministerului de Interne, curmându-se astfel confuzia care s'a născut printr'o foarte greşită interpretare a Legii supracotei din partea Prefecturilor de judeţe şi Primăriilor comunale. Totodată, socotim că este necesar ca în mod oficial şi cât se poate de lămurit, să se atragă atenţiunea autorităţilor locale administrative, că *nu sunt absolvite pentru viitor de orice sarcină sanitară* şi că Ministerul Sănătăţii nu va suporta decât cheltuelile sanitare pe cari le-a înscris în bugetul său. Este firesc deci, ca judeţele şi comunele *să prevadă şi pentru mai departe în afară de cheltuelile obligatorii arătate mai sus şi subvenţiile necesare pentru fondurile sanitare locale şi pentru filialele Ligei Naţionale în contra tuberculozei,* aceste subvenţii fiind de altfel înscrise ca obligatorii în legile respective de organizare.

Iar pentru a se da un conţinut real preocupărilor viitoarelor Eforii Sanitare judeţene şi municipale, socotim, că ar fi echitabil ca *Ministerul Sănătăţii, să afecteze acestor Eforii sumele ce realizează din supracotă din judeţele sau municipiile respective, precum socotim*

că ar fi bine, dacă s'ar afecta tot acestor Eforii și venitele proprii ale serviciilor, instituțiilor și așezămintelor sanitare pe cari le administrează. Eforiile sanitare și de ocrotire dispunând astfel de fonduri proprii, cari ar mai putea fi augmentate prin colecte, donațiuni și legate, — își vor putea întocmi bugete echilibrate atât pentru întreținerea serviciilor și instituțiilor sanitare din județ sau municipiu, cât și pentru investiții sanitare, în conformitate cu planul de realizări de lungă durată. Prin aceasta măsură s'ar produce o reală descentralizare sanitară; s'ar stimula în mod simțitor și inițiativele locale și s'ar putea îndeplini de către aceste organe o foarte frumoasă și utilă operă de gospodărie locală pe teren sanitar. Fără a dispune de fondurile necesare, Eforiile sanitare nu credem că își vor putea îndeplini frumoasa misiune pentru care au fost create, ele rămânând organe pur decorative, sau ceeace ar fi și mai rău, niște organe tutelare chemate să complice și mai mult mecanismul actual de administrare, de control și de conducere.

Sesizați de către o serie întreagă de colegi și colaboratori, am fost obligați de a sesiza la rândul nostru organele competente și nu ne îndoim nici o clipă că Domnul Ministru al Sănătății *Dr. Costinescu*, un atât de eminent cunoscător al problemei sanitare și un mare realizator în domeniul sanitar, apreciind la justa ei valoare situația ce s'a creat serviciului sanitar printr'o confuzie care s'a produs la aplicarea noilor legiuiri sanitare, prin autoritatea și energia Domniei Sale va reuși să soluționeze și aceasta dificilă problemă, prevenind crearea unei situațiuni care poate fi profund dăunătoare sănătății publice și bunului mers al serviciului sanitar al țării.

Dr. I. Stoichița.

Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din Sibiu

Comuna Bungard.

Comuna Bungard se află la o mică depărtare (7 km.) de oraşul Sibiu, cu o populaţie pur românească. Ocupaţia locuitorilor este agricultura, cultivându-se într'un grad întins mai ales zarzavaturi pe cari le desfac pe piaţa Sibiului. In ciuda faptului că cultura zarzavatului este o specialitate veche şi generală în această comună, totuşi din lipsa unei raţionalizări şi aprofundări mai temeinice a acestei ramuri a agriculturei, nu s'a ajuns la acel grad de desvoltare, care să asigure o rentabilitate sigură şi îndestulitoare. Dacă această comună ar fi avut un îndrumător priceput şi insistent în această materie, se putea ajunge la rezultate mult superioare celor de azi.

Starea culturală a populaţiei este la nivelul mijlociu al comunelor noastre româneşti.

Ancheta s'a executat în ziua de 3 Aprilie 1932, luând parte 15 medici, 1 farmacist, 2 surori de ocrotire, 1 moaşă, 1 om de serviciu şi având concursul intelectualilor din comună în număr de 4. Din cei 782 locuitori ai comunei s'au examinat 744 persoane, adecă 95% a populaţiei.

Constatări generale:

Starea materială a familiilor a fost găsită bună în 26 cazuri (12%), mijlocii în 111 cazuri (50%) şi slabă în 84 cazuri (38%).

30% a caselor au o singură cameră de locuit. 44% sunt cu 2 camere, 21% cu 3 camere, iar 6 case cu 4 camere. In cele 68 case cu o singură cameră locuesc 187 persoane, adecă în medie 2.7 persoane pe cameră; în cele 98 case cu 2 camere locuesc 354 persoane cu media de 1.8 persoane pe cameră, iar în cele 48 case cu 3 camere se găsesc 194 persoane cu cifra medie de 0.7 persoane pe cameră.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg se prezintă astfel

Grupul 0—14 = 28.8%
„ 15—49 = 47.1%
„ 50 ani în sus = 24.1%

Avem deci o populaţie tip staţionar cu tendinţă spre tipul regresiv.

In comună s'a aflat în ziua anchetei o singură persoană trecută de 90 ani (91 ani.)

Constatări de ordin medical.

Dintre cele 744 persoane examinate 583 au fost găsite sănătoase (78.3%), iar restul de 161 persoane (21.6%) atinse de diferite afecţiuni.

Tuberculoza a fost diagnosticată în 4 cazuri, cu 3 forme pulmonare şi 1 osoasă.

Sifilisul este reprezentat prin 7 cazuri, 6 forme latente, evidenţiate prin reacţia Wasserman şi o gomă sifilitică.

S'au executat 47 reacţii Wassermann cu 6 rezultate pozitive.

Tumori maligne n'au fost descoperite. Afecţiunile aparatului respirator sunt trecute cu 30 cazuri, dintre cari 11 bronşite, 12 emfiseme, 4 pleurezii uscate cronice, 2 pneumonii şi 1 astm bronşial.

Bolile cordului figurează cu 8 cazuri şi anume 4 endocardite, 4 miocardite. Arterioscleroza în 4 cazuri.

Tubul digestiv cu 22 gastrite cronice, 1 enterită cronică, litiază biliară 1 caz şi apendicită cronică 1 caz.

Afecţiuni ginecologice 15 (retroversie, metrite cronice etc.), 2 fibroame uterine. Cistite cronice în 2 cazuri.

Boli de piele 5, oculare 4 (glaucom, dacriocistită, conjunctivită), auriculare 6 (otită medie cr. purulentă).

Ulcere crurale 3.

Reumatism 18.

Tulburări endocrine 7, în totalitate ovariene.

Afecţiunile nervoase sunt trecute cu 5 cazuri, dintre cari 1 caz de epilepsie, 1 coree, restul neurastenie.

S'au descoperit 16 cazuri de boli infecţioase, cu 15 gripe şi 1 caz de tuse convulsivă.

S'au notat 3 surdo-muţi, 1 cretin, 1 orb, 1 alienat.

S'au executat 145 extracţii dentare.

Medicamente s'au distribuit la 136 persoane.

Spesele acestei anchete au fost de 3349 Lei, adecă 4.4 Lei de persoană examinată.

Comuna Sibiel.

Comuna Sibiel este aşezată sub poalele munţilor Sibiului la o mică depărtare înspre sudvest de şoseaua Sibiu—Alba-Iulia cu o populaţie pur românească. Comuna face o plăcută impresie asupra vizitatorilor prin aşezarea ei pitorească, gospodăriile îngrijite şi mai

ales prin prezentarea cuviincioasă şi demnă a locuitorilor ei. In timp de vară atrage un număr considerabil de vilegiaturişti; dacă ar dispune de intreprinderi confortabile de găzduire (hotele, restaurante) ar putea deveni cu timpul un centru atractiv de vilegiatură.

Ocupaţia locuitorilor este păduritul şi pomăritul. Mai ales în cultura pomilor s'a ajuns la un grad de înflorire de mare importanţă, având în urma acestei culturi un câştig însemnat şi din ce în ce mai mare. Puţinul teren cultivabil, de care dispune comuna, este din an în an transformat în grădini cu pomi fructiferi, observându-se o cultură foarte raţională.

Ancheta s'a executat în ziua de 22 Mai 1932 prin 17 medici, 1 farmacist, 6 surori de ocrotire, 1 moaşă, 1 om de serviciu şi cu concursul intelectualilor din comună. Numărul locuitorilor este de 1057 suflete, dintre cari s'a examinat 703 persoane (66%). Numărul mai mic decât de obiceiu al celor examinaţi se explică prin faptul că o mare parte a adulţilor sunt plecaţi pe o mare parte a anului, fie la munte, fie în interiorul ţării în afaceri comerciale.

Constatări de ordin general.

Starea materială a familiilor a fost găsită bună în 84 cazuri (36%), mijlocie în 66 cazuri (28%) şi slabă în 80 cazuri (36%).

In 90 case cu o singură cameră locuesc 344 persoane cu media de 3.8 persoane pe cameră.

In 117 case cu 2 camere locuesc 494 persoane, adecă în medie 2.1 persoane pe cameră.

In 20 case cu 3 camere locuesc 83 persoane cu densitatea medie de 1.3 membru pe cameră.

Se mai află un număr mic de case cu mai multe camere de locuit.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg ne dă următoarele

Grupul 0—14 ani = 20%
„ 15—49 „ = 52%
„ 50 ani în sus = 28%

Tendinţa spre regres este evidentă.

In ziua anchetei s'au găsit 5 persoane peste etatea de 90 ani (97 maximum) şi 8 persoane între 80—90 ani.

Constatări de ordin medical.

Printre cele 703 persoane examinate, 499 persoane (70%) au fost găsite sănătoase, iar 204 cu diferite maladii (29.1%).

Cazuri de tuberculoză au fost descoperite 3, dintre cari 2 forme pulmonare şi 1 osoasă.

Sifilisul a fost diagnosticat în 6 cazuri, toate forme latente, depistate prin reacţia Wassermann.

S'au executat 47 reacţii Wassermann cu 6 rezultate pozitive.

Tumori maligne nu s'au descoperit.

Afecţiunile aparatului respirator sunt trecute cu 56 cazuri, prin bronşite cronice, emfisem, pleurezii, etc.

Boli cardiace organice 31 şi 1 caz de nevroză cardiacă.

Tubul digestiv cu 20 maladii gastrice, 6 intestinale, 1 hepatic şi 1 nefretic.

Afecţiuni ginecologice 9, cutanate 6, oculare 6, auriculare 16, nasale 9 şi bucale 5.

Boli infecţioase acute nu s'au aflat.

Afecţiunile tireoidiene au fost trecute cu 48 cazuri de guşă. E de observat că, aceste cazuri se referă la forme clinice evidente de mărime uşor vizibilă; ancheta făcută ulterior în această direcţie a evidenţiat un număr impresionant de mare de guşă incipientă.

Medicamente gratuite s'au distribuit la 221 persoane. Spesele anchetei au fost de 2984 Lei, adecă 4.1 Leu de persoană examinată.

Dr. I. Stoichiţia
Dr. I. Cosma

LABORATOIRELE MIDY, 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17e)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA
MIDY
„ANTI URIC TIP"
2 la 4 linguriţe de cafea pe zi

J. E. BUCUR - 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

Jaques Lavedan. **Le traitement des tumeurs malignes par la venin de cobra.** Paris medical Nr. 11, 1935.

Autorul rezumă experienţele şi literatura asupra tratamentului cu venin de cobra a tumorilor maligne şi în special referindu-se asupra publicaţiunilor lui Monaelesser şi Taguet cari au prioritate în această materie.

Comunică rezultatele pe care le-a obţinut însuş asupra à 51 cazuri de cancere histopatologic confirmate şi ajunge la concluzia că rezultale obţinute cu acest mijloc de tratament sunt departe de-a avea valoarea care li s'a atribuit la început.

Veninul de cobra injectat în tumoră nu are o acţiune de topire asupra cancerului uman, iar cazuri foarte rari de regresiune a tumorii s'au observat şi apărând şi spontan.

Acţiunea veninului asupra algiilor canceroase este neregulată alte ori foarte lentă, iar unii bolnavi nu obţin nici o ameliorare a durerilor cu tot tratamentul.

Dr. Const. C. Banu.

A. Tailhefer. **La thérapeutique chirurgicale des cancers de la peau.** Paris medical 16. Mars 1935.

Principiul fundamental al terapeuticei chirurgicale a cancerului este „excizia a tot ce este viciat" având grija de a o face „în bloc" pentru a nu însemânţa ţesutul vecin cu celule neoplasice.

E necesar să se scoată cel puţin 1 cm. din ţesutul sănătos din jur chiar când e vorba de plan osos şi fără să fim preocupaţi de posibilitatea de reparaţiune.

Bisturiul electric este instrumentul care realizează asepsia microbiană şi celulară şi care face cele mai bune servicii în exciziile de cancer.

Se va face evidarea ganglionilor regionali ori de câte ori sunt prinşi sau există probabilitatea aceasta. Când ganglionii nu sunt prinşi şi nu se face evidarea ganglionară atunci se va pune bolnavul sub supravegherea unui medic.

Autorul descrie tehnica şi indicaţiile particulare diferitelor localizări.

Dr. Const. C. Banu.

J. Buchman (Brooklyn). **Tratamentul raţional al osteomielitei cronice cu indicaţii speciale asupra terapeuticei prin viermi.** (Annals of Surgery, Nr. 2 1934).

Tratamentul ideal al osteomielitei cronice cere: 1. ridicarea chirurgicală a tuturor ţesuturilor bolnave, 2. o bună metodă de sterilizarea acestei plăgi chirurgicale, 3. o metodă de curăţirea plăgii de produsele de eliminare şi de ţesuturile moarte, 4. un agent care să producă o neoformaţie rapidă a ţesuturilor plecând din fundul cavităţii osoase, mai înainte ca ţesutul cicatricial periferic să împiedice vascularizarea mugurilor cărnoşi.

Metoda *Carrel-Dakin* şi metoda *Orr* (tamponamentul vaselinat după operaţie) cu sau fără introducerea de bacteriofagi — n'au realizat acest ideal decât necomplect — în timp ce tratamentul cu viermi ar fi perfect: sterilizează plaga, absorbind microorganismele; dizolvă escarele şi produsele plăgii prin acţiunea proteolitică şi în urmă le absoarbe; în fine, stimulează producerea rapidă a mugurilor cărnoşi prin iritarea plăgii.

Pentru susţinerea celor de mai sus, Buchman aduce două observaţii:

Un caz de osteomielită a radiului tratată şi vindecată prin metoda *Orr*, dar la radiografie se constată numeroase zone de rarefiere şi condensare, obliterarea canalului medular, reacţie periostală intensă — ceiace trădează perzistenţa procesului patologic cu probabilitatea unei recidive.

Al 2-lea caz de osteomielită a humerusului, tratată prin metoda pansamentelor cu viermi, prezintă după 15 luni o imagine radiografică a osului aproape normală cu aparenţele unei vindecări definitive.

Dr. Ion Ad. Popescu.

René Leriche și Adolf Jung. **Studiu asupra calcemiei post operatoare în 150 cazuri.** *Journal de chirurgie, Ian. 1935.*

Autorii au dozat calcemia post operatorie în 150 cazuri diferite, dupe tehnica *Hirth*, în felul următor: aceiași persoană a făcut toate examinările în dublu pe câte 5 cmc ser, rezultatul fiind media celor două cifre (de cari, de altfel, nu s'a ținut seamă decât dacă n'au prezentat o diferență mai mare de 5%). Cifrele obținute reprezintă calcemia în grame la un litru de ser.

Dozele normale, dupe Hirth, variază între 0,085 până la 0,100, fapt important deoarece dupe alte tehnici, de ex. *De Waard*, 0,115—0,120 sunt încă normale. Autorii articolului însă, alături de chimistul *Léon Blum*, afirmă că nici variațiile patologice nu depășesc 0,120—0,130 și consideră că rezultatele publicate de unii autori cu diferențe mai mari sunt datorite greșelilor de tehnică.

Dupe expunerea cazurilor pe capitole și cu numeroase tabele, la sfârșitul articolului sunt rezumate următoarele **concluzii:**

1. În diferite boli operate: tumori gastrice, apendicite, cholecystite, etc., cu excepția operațiilor pe glandele endocrine, sistemul nervos simpatic și sistemul osos, — calcemia post-operatorie a variat f. puțin, în sensul unei foarte ușoare scăderi cu revenire ulterioară, toate cifrele rămânând în marginile calcemiei normale.

2. Modificări importante s'au obținut în operațiile paratiroidiene (paratiroide cu aparențe normale), dupe cum urmează:

a) Când se ridică la un animal normal toate cele 4 paratiroide, calcemia cade la jumătate din valoarea sa normală și bolnavul moare de tetanie; dar când se ridică la un animal normal, numai 1—2 sau chiar 3 paratiroide, calcemia rămâne normală;

b) Când se ridică la un om hypercalcemic (care nu prezintă adenom), una sau două paratiroide, calcemia cade la normal;

c) Dacă se leagă la animal, sau la un om cu calcemie normală, una sau mai multe artere tiroidiene, calcemia rămâne normală;

d) Dacă se leagă la un om prezentând hypercalcemie (dar fără adenom paratyroidian) una sau amândouă arterele tiroidiene inferioare, calcemia cade la normal.

3. Dacă la un om hypercalcemic, prezentând un adenom paratyroidian, se ridică adenomul, calcemia cade la normal, — după ce a trecut printr'o fază scurtă de hypocalcemie.

4. În operațiile tiroidiene pentru gușe, de obicei calcemia nu se schimbă.

5. În două operații pe supra-renale s'a constatat o ușoară scădere, rămânând totuși în limitele normale.

6. După operațiile pe sistemul simpatic, calcemia se prezintă astfel:

a) Simpatectomia făcută în afara regiunei cervicale nu modifică apreciabil calcemia;

b) Simpatectomia făcută în vederea unei acțiuni vaso-motrice asupra paratiroidelor nu schimbă calcemia la om sau animal normal;

c) Simpatectomia cervicală poate releva o hypocalcemie în hypoparatiroidismul spontan.

7. În trei cazuri de osteo-mielită cu rezecție sau trepanație largă, s'a constatat o ușoară tendință la scădere.

8. În fracturi închise rezultatele sunt neregulate, dar mai mult ridicate în primele 8 zile, pentruca în urmă să revie la normal.

9. Dupe anestezia generală cu eter, calcemia scade puțin în primele ore — dar își revine curând.

10. Anestezia locală nu schimbă calcemia.

Dr. Ion Ad. Popescu.

Tratamentul cancerelor epiteliale ale mandibulei prin electro-coagulare urmată de radiumterapie, de *Gernet, Moulonguet* și *Mallet. Journal de chirurgie.* Nr. 3 — Mars 1935.

Autorii publică șease observații de cancere *localizate* la maxilarul inferior și patru

cazuri de forme *întinse* ale limbei, obrazului, etc., cari au invadat maxilarul inferior; adică epiteliome născute în mucoasele vecine: gingie, planşeul bucal, limbă, obraz, etc. şi cari au infiltrat secundar mai mult sau mai puţin *precoce* osul mandibular.

Tratamentul *formelor localizate* a constat în 1. *Electrocoagularea* cu aparatele Beaudouin-Gondet (anestezie regională, preparată prin cloral şi scopolamină-morfină — mai rar generală cu cloroform), principiile tehnicei fiind următoarele: distrugerea *in situ* şi într'o singură şedinţă a tuturor ţesuturilor suspecte, dar fără a depăşi frontierele cavităţei bucale, pentru a evita inocularea septică a spaţiilor celulare ale gâtului — şi să nu se rupă continuitatea arcului mandibular, pentru a se evita deformările faciale grave post-operatorii. Escarele părţilor moi ale regiunei tratate cad în câteva zile, dar porţiunea de mandibulă electro-necrozată necesită un timp îndelungat de 5—8 săptămâni până la eliminarea sechestrului. Urmările post-operatorii sunt bune, fără dureri mari, fără supuraţii întinse, fără proteza maxilară precoce şi fără osteite.

II. *Radiumterapia* se aplică cu ajutorul unor aparate din pastă Colombia mulate pe tegumente dela arcadele zigomatice până la clavicula-stern; în aceste aparate se fixează 12 focare de câte 10 mgr. Rae filtrate prin 2 mm. platină, la 5 cm. distanţă de piele. Tratamentul durează 18—20 zile, în timpul formărei sechestrului mandibular. Cu această tehnică, toate teritoriile limfatice suspectate sunt tratate cu succes şi fără să se observe complicaţii tardive ca leziuni de radio-necroză.

Observaţiile publicate arată vindecări cari durează de 4, 2½ şi 2 ani, cu o singură recidivă la un an.

Tratamentul formelor întinse, cuprinzând obrazul, limba, amigdalele şi cari au invadat tardiv maxilarul, este mai dificil şi cu rezultate mediocre.

Se obţin totuşi îmbunătăţiri mari prin micşorarea durerilor, relativa desinfecţie a gurei şi evitarea sau o mai bună pregătire a protezei.

Astfel şi în aceste cazuri electro-chirurgia obţine rezultate mai bune decât metodele anterioare, ca rezecţia totală a ramurei orizontale a maxilarului sau operaţia lui Morestin. **Dr. Ion Ad. Popescu.**

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

In ziua de 11 Aprilie ora 6 p. m. s'a ţinut adunarea generală a Colegiului medicilor şi Asociaţia gen. a medicilor filiala Sibiu. D-nul preşedinte Dr. Stoichiţia deschide şedinţa, după ce mulţumeşte medicilor din Sibiu cari ştiu să trăiască într'o armonie perfectă; apoi relevă succint evenimentele importante prin care au trecut Asociaţia şi Colegiul în decursul anului. Secretarul general D-nul Dr. Ionaşiu citeşte raportul general referitor la activitatea pe anul 1934. D-nul Dr. Gh. Preda, aduce laude preşedintelui şi comitetului pentru activitatea frumoasă depusă. Se expediază o telegramă omagială Dlui Ministru Dr. Costinescu. D-nul Preşedinte face propunerea ca în cursul anului să se intensifice şedinţele ştiinţifice şi în acest scop propune un comitet pentru organizarea acestor conferinţe compus din Dnii: Doc. Dr. Filipescu, preşedinte; Dr. Capitanovici, Dr. Ionaşiu, Dr. Weindel membri şi Dr. Ivan, secretar. Adunarea aprobă.

Dl preşedinte distribue medicilor decoraţi cu „Crucea Meritul Sanitar" — brevetele — şi-i felicită. Mulţumeşte medicilor şi surorilor de ocrotire pentru concursul ce i l-au dat pentru reuşita deplină a anchetelor medico-sociale.

In numele medicilor decoraţi, vorbeşte Dl Dr. Ionaşiu, iar în numele farmaciştilor Dl farm. Pop. Dl preşedinte propune, în cinstea medicilor decoraţi, o masă comună. Şedinţa se ridică la ora 8½.

La ora 9 seara într'o atmosferă colegială a avut loc la Restaurantul Boulevard, masa comună, la care a participat un mare număr de medici. Au luat cuvântul Dnii Dr. Preda, Dr. Gâdei, Dr. Hozan, Dr. Comşa cari toţi au adus omagii bine meritate preşedintelui. Tuturor le-a răspuns Dl Dr. Stoichiţia, Inspector General.

Raport

asupra activităţii Colegiului medicilor şi Asociaţiei generale a medicilor filiala Sibiu, în anul 1934.

Se împlinesc 17 luni dela ultima Adunare generală a Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor din Sibiu, când Dv. v-aţi ales Comitetele de conducere şi aţi fixat programul de activitate. Suntem datori ca astăzi să vă dăm seama de executarea mandatului ce ne-aţi încredinţat şi să vă arătăm în cadrele unui raport de activitate pe aceasta perioadă atât momentele mai importante din viaţa Asociaţiei şi Colegiului nostru, cât şi realizările cari au putut fi înfăptuite în acest interval.

Inainte de a trece în revistă fazele mai importante din activitatea societăţilor noastre şi a comitetelor de conducere, avem satisfacţia de a putea constata că în Corpul medical sibian domneşte un spirit de armonie, de camaraderie şi de plină solidaritate; că nu există neînţelegeri şi desbinări între diferitele categorii ale acestui Corp medical şi că altruismul şi spiritul de

muncă şi sacrificiu care a caracterizat în trecut pe medicii sibieni, — se menţine nealterat şi continuă să dea rezultate dintre cele mai bune. Mai constatăm că iniţiativele luate de către conducerea Dv. au fost în cea mai mare parte realizate şi că aceste realizări au ridicat în mod simţitor autoritatea şi prestigiul Corpului medical sibian atât în ochii opiniei publice locale, cât şi în faţa Corpului medical din ţară. Asociaţia generală a medicilor şi Colegiul medicilor din Sibiu sunt astăzi organizaţiuni bine închegate, bine cunoscute şi foarte mult apreciate de întreaga opinie medicală a ţării. A contribuit la crearea acestui renume nu numai realizările noastre de ordin local, dar şi participarea noastră activă şi de multe ori iniţiativa noastră la mişcările de organizare şi luptă duse de către Asociaţiile noastre centrale din Bucureşti pentru salvgardarea şi promovarea intereselor profesionale ale Corpului medical din întreaga ţară.

Membrii Societăţii şi activitatea lor.

Sediul Societăţilor precum şi biroul a funcţionat în localul Inspectoratului General Sanitar, Sibiu str. Cetăţii Nr. 4, de unde s'a făcut întreaga corespondenţă atât a Colegiului, cât şi Asociaţiei generale a medicilor. Pe lângă biroul propriu zis care a funcţionat şi continuă să funcţioneze în mod onorific Colegiul şi Asociaţia şi-a angajat un secretar şi un curier cu plată, împreună având salariul de 350 lei lunar, considerăm că aceasta remuneraţie este mult prea mică pentru serviciul pe care îl prestează aceste persoane şi vă rugăm să binevoiţi a aproba majorarea acestei remuneraţii la suma de 450 lei lunar deoarece atât lucrările de birou prin sporirea considerabilă a corespondenţei şi circularelor, cât şi lucrările de înmânare a diferitelor invitaţii, — pretind o muncă destul de importantă care trebue barem parţial remunerată.

In ceeace priveşte numărul membrilor ţinem să vă raportăm că din 156 medici câţi există astăzi în Sibiu sunt înscrişi în Colegiu 138, cari însă nu toţi sunt la curent cu plata cotizaţiei faţă de Colegiu. Constatăm că numărul medicilor din Sibiu continuă să sporească din an în an deşi practica medicală se găseşte într'un evident declin, iar consecinţa acestei situaţiuni este concurenţa tot mai acută dintre medici, şomajul medical şi nerentabilitatea materială tot mai evidentă a acestei profesiuni. Deşi există însă o pletoră şi un şomaj medical la oraşe, deşi în mediul rural prin noile legiuiri sanitare ale Domnului Ministru Dr. Costinescu s'au creat multiple posibilităţi de aşezare a medicilor la sate, — totuşi constatăm cu destulă îngrijorare că medicii noştri tineri preferă să trăiască în condiţiuni destul de grele la oraşe, decât să-şi găsească o existenţă onorabilă în mediul rural, unde ar putea contribui într'o largă măsură la propăşirea sănătăţii publice.

Numărul actelor intrate, în intervalul dela ultima Adunare Generală, este de 64 iar numărul actelor eşite de 57. Corespondenţa Colegiului şi Asociaţiei Generale a medicilor este însă în realitate cu mult mai mare, ţinându-se

seama de numărul extrem de mare de invitaţii la şedinţele Colegiului şi Asociaţiei: invitaţii pentru anchetele medico-sociale, pentru anchetele şcolare, etc., aşa încât activitatea de birou a Colegiului şi Asociaţiei este destul de extinsă.

Chestiuni disciplinare.

In intervalul dela 12 Noemvrie 1933 şi până astăzi nu s'a judecat nici un singur caz disciplinar. Se găsesc în curs două reclamaţiuni în contra unor colegi cari însă sperăm să fie rezolvite fără sesizarea Comisiei disciplinare a Colegiului.

Activitatea profesională.

In intervalul dela ultima adunare generală s'au ţinut în total 2 şedinţe de Comitet şi anume în zilele de 8 Februarie 1934 şi în 17 Noemvrie 1933. Şedinţe plenare s'au ţinut în total 9 şi anume: în 12 Noemvrie 1933, în 20 Ianuarie 1934, în 2 Februarie 1934, 8 Februarie 1934, 7 Martie 1934, 4 Aprilie 1934, 16 Mai 1934, 22 Septemvrie 1934 şi 30 Octomvrie 1934.

In aceste şedinţe s'au discutat toate chestiunile cari interesau organizarea Corpului Medical şi promovarea intereselor noastre profesionale. Două şedinţe au fost consacrate discuţiei Legii pentru revizuirea medicilor şi a Legii cumulului în funcţiunile publice. In celelalte şedinţe pe lângă chestiunile de ordin administrativ sau profesional s'au ţinut conferinţe de către medicii membrii ai Colegiului şi anume: în lunile Ianuarie şi Februarie 1934 a ţinut 2 conferinţe dl Dr. Udvarnoky despre gazele de luptă şi apărarea în contra lor; în 7 Martie 1934 dl Dr. I. Stoichiţia despre Probleme actuale de sănătate publică; în 4 Aprilie 1934 dl Dr. G. Preda despre Meloterapie; în 16 Mai 1934 au prezentat cazuri d-nii Dr. Ivan, Dr. Lungu, Dr. Stoenescu şi Dr. Dosios, iar în 31 Ianuarie 1935 a conferenţiat dl prof. Dr. Aschner din Viena despre Terapia constituţională ca bază indispensabilă a oricărei practici medicale.

In afară de aceste conferinţe membrii Asociaţiei şi Colegiului nostru au mai conferenţiat sub egida altor Societăţi din Sibiu tratând diferite subiecte medicale. Numărul acestor conferinţe este destul de important, amintim la acest loc numai pe acelea cari ne sunt cunoscute şi cari s'au ţinut în oraşul Sibiu. In cadrele conferinţelor organizate de către Despărţământul Sibiu al „Astrei" în Sala Prefecturei a conferenţiat dl Inspector General Sanitar Dr. Gheorghe Preda, dl Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia şi dl Dr. Popescu Ion Sibiu; în cadrele ciclului organizat de către Acţiunea românească din Sibiu a conferenţiat dl Inspector General Sanitar Dr. G. Preda şi dl Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia; în cadrele cursurilor „Universităţii populare" din Sibiu au conferenţiat domnii: Dr. Gh. Preda, Dr. I. Stoichiţia, Dr. Liviu Ionaşiu şi Dr. I. Cosma; în cadrele cursurilor Şcolii superioare ţărăneşti au ţinut serii de prelegeri dnii Dr. I. Stoichiţia şi Dr. I. Cosma. In plus de aceasta o serie întreagă de colegi au ţinut conferinţe pe sate în cadrele Dsepărţământului Sibiu al Astrei.

Constatăm deci cu o deosebită bucurie și satisfacție că medicii sibieni păstrând buna tradiție din trecut, și-au intensificat în anul care a trecut munca științifică și de propagandă participând în mod deosebit de activ la toate manifestările culturale din orașul și județul Sibiu.

Inregistrăm aici cu deosebită satisfacție și activitatea frumoasă desfășurată de către Filiala Sibiu a Societății de Neurologie, Psihologie, Psihiatrie și Endocrinologie de sub presidenția dlui Inspector General Sanitar Dr. Gheorghe Preda, care în reuniunile sale lunare s'a ocupat în mod științific cu cele mai actuale probleme din acest domeniu al medicinei.

O realizare de mare importanță pentru Corpul Medical din Sibiu este apariția Revistei „SIBIUL MEDICAL", al cărei prim număr a apărut la data de 15 Februarie 1934. Apariția regulată a Revistei, condițiile tehnice ireproșabile pe cari le prezintă, conținutul ei bogat și variat ținut la un înalt nivel științific, precum și pleiada întreagă de iluștri colaboratori de cari se bucură Revista, — au făcut ca „SIBIUL MEDICAL" să fie foarte mult apreciat în toate cercurile medicale din țară și să contribue într'o largă măsură la ridicarea prestigiului și autorității medicilor sibieni. Revista noastră a fost și este bine primită de către medicii de pretutindenea și ea a știut să-și asigure un număr destul de important de abonați și cititori. Socotim că este de datoria medicilor din Sibiu ca să sprijinească din toate puterile și fără nici o rezervă aceasta frumoasă manifestare culturală și științifică și facem deci și din acest prilej un apel călduros către toți colegii noștri de a contribui într'o măsură cât mai largă la susținerea și propășirea „SIBIULUI MEDICAL".

Activitatea medico-socială

Frumoasa inițiativă realizată în toamna anului 1931 prin inaugurarea anchetelor medico-sociale în mediul rural s'a continuat și în anul expirat prin o serie întreagă de noui realizări. Rezultatul practic imediat al acestor anchete medico-sociale a făcut ca ele să fie foarte mult dorite și insistent solicitate de către populația satelor noastre, iar primirea bună care s'a făcut acestor anchete atât în presa profană, cât și în cea de specialitate au făcut ca ele să fie continuate cu același zel și cu aceeași convingere ca și la început.

In anul expirat s'au făcut minuțioase anchete medico-sociale în următoarele comune: în 18 Februarie 1934 în comuna Cărpiniș examinându-se 825 locuitori; în 4 Martie 1934 în comuna Aciliu examinându-se 1057 locuitori; în 18 Martie 1934 în comuna Mag examinându-se 641 locuitori; în 25 Martie în comuna Rusciori examinându-se 709 locuitori; în 22 Aprilie 1934 în comuna Cunța examinându-se 564 locuitori; în 6, 13 și 20 Mai 1934 în comuna Gurariului examinându-se 2949 locuitori; în 24 Iunie 1934 în comuna Roșia de Secaș examinându-se 1278 locuitori; în 16 Decemvrie 1934 în comuna Mohu examinându-se 859 locuitori; iar în 27 Ianuarie și 3 Februarie 1935 în comuna Boița examinându-se

1520 locuitori. In total deci au fost 12 zile de anchetă în cari s'a examinat populaţia întreagă din 9 comune în total 10.332 de locuitori. Până în prezent în cursul anchetelor noastre medico-sociale s'au examinat deci în total circa 25.000 locuitori, având fiecare complectată câte o fişă sanitară individuală.

In afară de anchetele medico-sociale, înregistrăm cu bucurie şi un modest început de anchete medicale în şcoli şi instituţii şi anume: în ziua de 3 Februarie 1935 echipa de medici deplasată la Boiţa a examinat pe toţi elevii şi ocrotiţii Aşezământului de Ocrotire şi Educaţie din Castelul Turnu-Roşu; în ziua de 13 Mai 1934 echipa de medici deplasată la Gurarâului a examinat pe toţi elevii şi ocrotiţii Aşezământului de Ocrotire „Vatra Copiilor" din Orlat, iar în 10 Martie 1935 o echipă compusă din dl Inspector General Sanitar Dr. Stoichiţia, medici primari Dr. Cosma, Dr. Mitter, Dr. Păcurariu precum şi dl Dr. Stuparîu, a examinat din nou pe toţi elevii şi ocrotiţii Aşezământului de Ocrotrie „Vatra Copiilor" din Orlat. Tot la această rubrică suntem datori a înregistra inaugurarea unor serii de vaccinaţiuni preventive în contra scarlatinei şi difteriei, executată în mod benevol de către medicii noştri sanitari şi medici şcolari din localitate. Asemenea vaccinaţiuni preventive s'au executat prin dl Dr. Ioan Cosma la Aşezământul „Vatra Copiilor" din Orlat, iar prin dl Dr. Ioan Sturza şi colaboratorii săi pe un număr de peste 4000 de copii cari frecventează şcolile din Sibiu.

Momente mai importante din viaţa Colegiului şi Asociaţiei Medicilor din Sibiu în anul 1934.

In primul loc suntem datori a face amintire cu recunoştinţă de vizita repetată a d-lui Ministru al Sănătăţii Dr. Costinescu întâmplată la 22 Aprilie 1934 şi 20 Octomvrie 1934. Cu această ocaziune dl Ministru Dr. Costinescu, însoţit fiind de dl Secretar General al Ministerului Profesor Dr. Titu Gane, a inspectat toate serviciile şi instituţiile sanitare din cuprinsul oraşului şi judeţului Sibiu, exprimându-şi satisfacţia asupra celor constatate şi aducând laude şi elogii întregului Corp Medical din Sibiu. Tot din acest prilej dl Ministru Dr. Costinescu a luat parte la ancheta noastră medico-socială din comuna Cunţa exprimându-şi toată gratitudinea pentru Corpul Medical şi pentru personalul sanitar care participă cu entuziasm la această operă medico-socială de mare importanţă.

Ţinem să amintim la acest loc şi vizita pe care ne-a făcut-o în două rânduri valorosul nostru coleg Doctorul Ygrec, redactor la ziarele „Dimineaţa" şi „Adeverul", care prin articolele sale a contribuit la cunoaşterea de către marele public a muncii ce se depune în acest oraş pe teren medico-social.

Evenimentul cel mai important din viaţa de un an a Colegiului şi Asociaţiei noastre, rămâne fără îndoială ciclul de conferinţe medicale ţinute în zilele de 15—18 Noemvrie 1934 de către distinşii profesori ai Facultăţii de Medicină din Cluj. Zilele medicale ale Sibiului au început să câştige o

faimă deosebită atât în cercurile medicale din țară, cât și în opinia publică a țării. Ciclul al doilea al acestor zile medicale organizate în 15, 16, 17, și 18 Noemvrie 1934 s'au bucurat de o frecvență deosebită din partea întregului Corp Medical din Sibiu și din regiunea Sibiului, dovedindu-se astfel deosebita utilitate și importanță a acestor cursuri.

In cadrele zilelor medicale s'au ținut următoarele conferințe:

Protesor C. Tătaru: Concepția actuală asupra tratamentului sifilisului;

Profesor Dr. Mihail: Periflebita tuberculoasă a retinei în cadrul problemei tuberculozei vasculare;

Agregat Dr. Zolog: Vaccinarea B. C. G.;

Docent Dr. Axente Iancu: Erorile cele mai frecvente în diagnosticul și terapeutica turburărilor de nutriție ale sugarului;

Profesor Dr. Ureche: Paralizia Infantilă;

Profesor Dr. Marius Sturza: Apele carbo-gazoase;

Docent Dr. Daniello: Intervenția lui Iacobaeus în tratamentul tuberculozei pulmonare;

Profesor Dr. Minea: Tratamentul biologic al polinevritelor.

Profesor Dr. Minea: Tratamentul sclerozei în plăci și câteva date fiziognomice;

Profesor Dr. Țeposu: Mijloace fizice noi în explorarea rinichiului;

Docent Dr. Popovici: Insuficiența ovariană și tratamentul său;

Profesor Hațiegana: Sindromul abdominal polivalent și Profesor Dr. Goia: Granulomatoza malignă.

S'au ținut deci în 4 zile 14 conferințe cu subiect medical de către cei mai distinși profesori și reprezentanți ai Facultății de Medicină din Cluj.

Suntem datori ca și din acest prilej să aducem cele mai vii și recunoscătoare mulțumiri maeștrilor noștri dela Cluj pentru bunăvoința largă pe care ne-au dovedit-o și pentru dragostea sinceră cu care au venit în mijlocul nostru. In același timp suntem datori, în numele comitetului de organizare a zilelor medicale de a mulțumi tuturor colegilor din întreaga regiune sanitară a Sibiului, cari au participat în mod activ și permanent la aceste cursuri. Totodată ne exprimăm mulțumirea și recunoștința noastră autorităților comunale din Sălișteș, conducerii Sanatorului din Avrig și conducerii Sanatorului Păltiniș al Armatei pentru primirea călduroasă ce ne-au făcut cu ocaziunea excursiilor organizate din prilejul zilelor medicale.

Sperăm că vom putea continua cu organizarea anuală a acestor frumoase reuniuni medicale și pentru anul în curs intenționăm a invita pe Domnii Profesori ai Facultății de Medicină din Iași. Sperăm în același timp însă că toți colegii noștrii din Sibiu și regiunea sanitară a Sibiului, apreciind deosebita importanță și utilitate a acestor cursuri vor contribui și în viitor la reușita lor printr'o cât mai mare și activă participare.

Un alt eveniment care merită să fie relevat este lucrarea de cercetare știen-

ţifică începută în regiunea Sibiului din iniţiativa D-lui Profesor Dr. Danielopolu, care cu Domnii Doctori Stoichiţia, Dr. Cosma, Dr. Ionaşiu, Dr. Nicolae şi Dr. Vraciu a intreprins o vastă anchetă ştienţifică asupra guşei endemice din aceasta regiune. Ca rezultat a cercetărilor de până acum s'au făcut până în prezent două comunicări şi anume una la Comitetul Internaţional de Igienă din Paris şi alta la Asociaţia Generală a Medicilor din Bucureşti. Cercetările sunt în continuare şi vor forma obiectul unor noui comunicări ştienţifice.

Asociaţia Generală a Medicilor şi Colegiul Medicilor, Filiala Sibiu a ţinut în decursul anului un viu contact cu centralele noastre dela Bucureşti participând la manifestările mai importante ale acestor Asociaţii. Astfel Sibiul a fost bine reprezentat la Adunările Generale din 10 Iunie, 27 Iulie, 3 August, 24 şi 25 Septemvrie 1934 când s'au discutat şi s'au luat hotărâri importante în chestiunea Legii de revizuire a medicilor şi a Legii cumulului. Contribuţia reprezentanţilor Dv. la hotărârile cari s'au adus în aceste chestiuni au fost de mare importanţă şi chiar hotărâtoare. Vom menţine şi pentru viitor acelaşi contact viu şi permanent cu centrul nostru dela Bucureşti şi sperăm că exemplul nostru va fi urmat şi de celelalte filiale din ţară.

Onorată Adunare Generală am relatat în cele de mai sus principalele faze ale activităţii depuse în cadrele Asociaţiei şi Colegiului Medicilor din Sibiu în perioada care s'a scurs dela ultima adunare generală şi socotim că atât comitetele Dv., cât şi Dv. toţi puteţi fi pe deplin mulţumiţi de aceasta activitate. Nu vom schiţa un plan de activitate pentru viitor; drumul nostru este definitiv trasat prin activitatea desfăşurată până în prezent şi sperăm doar atât că vom putea în viitor desăvârşi şi amplifica aceasta activitate.

Vă rugăm să binevoiţi a lua la cunoştinţă acest Raport şi a da Comitetelor Dv. cuvenita descărcare.

Preşedinte: **Dr. Stoichiţia.**

Secretar general: **Dr. Ionaşiu.**

Douce France - Océan Blen - Amaryllis

și noua creație

Colonia FUMÉE

de o nuanță inedită

Parfumerie LUBIN — Paris

Concesionară exclusivă: PARFRAM S. A. R., BUCUREȘTI, VASILE LASCAR 209.

CHINOIN·S·A·

ANTISIFILITIC

cel mai modern, solubil în lipoizi, cu acțiune accentuată și nedureros

Soluție curată uleioasă! Nu este suspensie!

PENTABI

1 cmc. = 0.045 g. bismut metalic. Injecții intramusculare!

Flacoane originale de 15.50 cmc. și cutii cu 10 sau 100 fiole à 1.1 cmc.

REPREZENTANȚA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S·A· BUCUREȘTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

Apa de Colonie Rival de Ravel

în afară că are un miros bărbătesc, distins şi pătrunzător fiind făcută exclusiv pe bază de esenţe naturale şi având 80% alcool este indicată minunat la fricţiuni în special după baie.

KNORR

Alimente tonice reconstituante, fortifiante şi de regim

Pentru

COPII ŞI ADULŢI

anemici, debili, reconvalescenţi
boli de stomac, ficat, rinichi, plămâni

vindecă repede!

Recomandaţi

Cacao de ovăz
Fulgii de ovăz
Făina de ovăz
Grisul de ovăz

Knorr

Făinuri din orez, orz şi porumb
Tapioca şi Sago. — Numai

KNORR

Expunerea Dlui Ministru Dr. Costinescu la radio, *asupra situaţiei sanitare a ţării, Duminecă 14 Aprilie.*

Extragem următoarele pasagii:

Sănătatea satelor.

Situaţiunea grea e la ţară unde aproape nu avem medici. Sunt regiuni unde avem un medic la 30.000 locuitori, un medic la 10—15 sate; adică în imposibilitate de a fi de vreun folos.

Toată grija mea, cum am venit în capul ministerului sănătăţii, a fost să lucrez pentru sănătatea satelor noastre. Toată munca noastră şi toate fondurile ce vom putea avea, vor fi destinate în cea mai mare parte pentru ridicarea sanitară a ţăranului nostru.

Acolo la sat este o lipsă completă a celor mai elementare noţiuni de igienă. Cu câtă dreptate spunea Suveranul nostru:

„Priviţi satele noastre: ce colţuri adorabile şi ce grădini ar putea să fie, dacă în şanţuri murdare n'ar mai fi apă clocită care infectează toată populaţia".

Satul murdar, praf sau noroi, curţile neingrijite, casa în genere rău ţinută. Cu toate că fiecare are două odăi, familia stă îngrămădită într'o singură cameră ori cât de numeroşi ar fi. Aerul e înăbuşitor, în timpul iernei ferestrele nu se deschid niciodată.

Cum am ajuns la această situaţiune? Prin lipsa completă de cunoştinţe igienice, prin aproape neexistenţa comunicaţiei între rarii reprezentanţi ai corpului medical şi masa mare ţărănească. România avea 1200 de medici pentru 17 milioane de locuitori, pe când avea 47.000 de învăţători pentru copii.

Personal inferior sanitar, moaşe, agenţi sanitari 2—3 de fiecare medic. Iar surori de ocrotire afară de câteva în Ardeal, aproape nu avem.

Este o necesitate ca numărul medicilor să fie cel puţin îndoit pentru nevoile satelor noastre; nu trebue ca un medic să aibă mai mult de 6 la 10.000 locuitori în circumscripţia sa.

Circumscripţia medicală să fie astfel făcută ca distanţa dela un sat la altul să nu fie mai mare de 5—6 km., şi un medic să nu aibă de vizitat mai mult de 5—6 sate.

Trebue să ajungem a avea în fiecare comună sau mai bine, în fiecare sat, o moaşă cu şcoală specială.

Dorinţa mea este ca din fiecare comună o fată cu cunoştinţă de carte, dacă se poate cu câteva clase secundare să urmeze unul sau doi ani o şcoală de moşit elementară, după care să se întoarcă în satul său. Aci va

primi o cât de mică remunerație dela comună, va avea dreptul de a practica arta moșitului și se va ocupa și de gospodăria ei — va fi utilă satului în care s'a născut, fără a mai fi o sarcină a statului.

Sora de ocrotire.

Dar un rol și mai important ca auxiliar al medicului trebue să-l aibă sora de ocrotire *sau sora vizitatoare. Acestea se recrutează dintre persoanele cu cultură mai aleasă, în genere le cerem să fie bacalaureate; urmează 3 ani școlile speciale din Iași și Cluj și trec un examen de absolvire după ce au făcut practică și în spitale și pe teren în sate. Știu că în Vechiul Regat medicii noștri nu sunt obișnuiți cu acțiunea surorilor de ocrotire și nu le cer. Este o mare greșală; acolo unde ele lucrează, și în special în Ardeal, unde lumea este învățată cu ele, rezultatele sunt foarte bune.*

Ele au posibilitatea de a intra în intimitatea familiei țăranului — nu sunt grăbite niciodată — vor cunoaște pe lângă starea sanitară și starea socială, economică a fiecărei familii. Este atâta legătură între starea socială și sanitară și atâta influență reciprocă încât numai o soră de ocrotire cultă și devotată, cu conștiința menirei sale poate pătrunde toate necunoscutele, pe care un medic într'un scurt contact într'un dispensar nu le poate pătrunde. Recomand cu tot dinadinsul medicilor noștri să se servească, cu multă încredere de surorile de ocrotire. Acum avem încă puține pe țară, dar le vom înmulți.

Agenții sanitari.

Toți agenții sanitari — deseori auxiliari prețioși, sunt astăzi sub direcțiunea unică a ministerului — vă asigur că-și vor primi regulat drepturile lor, dar le cer să fie cei dintâi la datorie, ca auxiliari ai medicului.

Prima noastră grije, venind în fruntea ministerului, a fost de a înmulți acest personal sanitar. Încă din anul trecut am mărit cu 200 numărul medicilor de circumscripți rurale, făcând ca un medic să aibe numai dela 6—14.000 locuitori de vizitat in loc de 25—30.000 cât avea până acum. Vom căuta să sporim acest număr chiar în anul acesta, cu toate greutățile financiare actuale. Vom înmulți în mod simțitor numărul agenților sanitari și al surorilor de ocrotire; în acest scop am înființat o nouă școală în București pe lângă școlile din Iași și Cluj.

Pentru unificarea și coordonarea serviciilor medicale, s'au trecut toate serviciile sanitare județene și comunale asupra ministerului nostru.

Abia suntem la începutul acțiunei noastre de ridicare sanitară și dispunem de mijloace foarte reduse din bugetul Statului.

Avem absolută nevoe de concursul d-lor prefecți și primari. Urmează să continuăm construirea de dispensare cel puțin la sediul fiecărei circum-

scripții sanitare; campania începută anul trecut trebue continuată cu activitate. Și cum am putea noi face aceasta fără concursul d-lor?

Trebue să unim la un loc mijloacele Statului cu mijloacele locale: aci ceva material obținut gratuit sau cu preț redus, dincolo mâna de lucru, transporturi obținute prin autoritatea conducătorilor.

Eforii sanitare.

Am făcut Eforii sanitare pe toată țara pentru a putea interesa pe toți la munca noastră, și pentru a se putea primi legate și donațiuni cum s'a mai dat în trecut atâtea averi pentru spitale prin Eforia Spitalelor Civile din București, Sft. Spiridon din Iași, Brâncoveneasa și alte eforii, în care au rămas sfințite numele donatorilor.

Cursuri de pregătire sanitară.

Pentru a înlocui în parte această lipsă, am cerut ministerului de instrucție să mă autorize a face în vara aceasta, în centrele universitare cursuri speciale de pregătire sanitară cu învățătoarele satelor noastre.

Fac un apel călduros la toate învățătoarele de a se înscri la aceste cursuri de o lună, în lunile Iulie sau August, la Iași, Cluj sau București. Informațiunile vor fi date prin medicii șefi de județe.

Imi iau asupra ministerului, în afară de cursuri, găzduirea și întreținerea d-nelor învățătoare. Ele vor căpăta noțiuni de igienă și combatere a bolilor sociale și contagioase și vor face cu deosebire acțiune practică pe teren: pentru ca la terminarea cursurilor să poată fi folositoare satului în care trăesc, copiilor din școală și chiar familiei pe care o pot întemeia.

Cu modul acesta, în câtva timp vom pregăti ca o bună parte din învățătoare să devie și auxiliare sanitare, dobândind pentru aceasta un brevet special. Când intelectualii satelor vor avea cunoștințele de higienă suficiente și conștiința rolului ce-l pot avea pentru sănătatea locuitorilor, situația sanitară se va ameliora mult.

Intr'o altă conferință voi expune toată organizațiunea nouă sanitară.

Cuvântul meu de astă seară ar fi pierdut dacă toți care m'ați ascultat n'ați fost pătrunși de necesitatea de a-mi da tot concursul în lupta contra morții. Fiți propagandiștii noștri conștienți; mergeți acolo în sate unde e suferință și prin povața cea bună, prin concursul ce-l ve-ți da corpului nostru sanitar, veți face un act de buni români și de cetățeni conștienți.

Alegerea dlui Profesor Dr. Anghelescu la Academia franceză de medicină. *Dl profesor Dr. C. Anghelescu, actual Ministru al Instrucțiunii publice, a fost ales membru corespondent al Academiei franceze de medicină.*

Fost intern al Spitalelor din Paris, D-sa a desfăşurat o bogată activitate ştiinţifică şi didactică atât în clinica sa chirurgicală dela Spitalul Colţea, cât şi în numeroase publicaţii apărute în reviste străine şi române.

Înfiinţarea Academiei române de medicină. *Academia română de medicină a luat fiinţă legală prin votul dat de Parlament şi sancţiunea acordată de M. Sa Regele legei speciale susţinută la Senat de dl Profesor Danielopolu şi la Cameră de dl Profesor Manolescu.*

Reproducem mai jos primele două articole din legea de constituire, în cari sunt precizate punctele principale de activitate.

In domeniul ştiinţific *are scopul „de a contribui la progresul cercetărilor ştiinţifice în domeniul medicinei umane, medicinei veterinare, farmaciei şi ştiinţelor biologice, fizico-chimice şi naturale în raport cu medicina şi a desvolta cât mai mult, în ţara noastră, cercetările în acest domeniu".*

Deci va stimula activitatea ştiinţifică, va coordona şi va selecţiona rezultatele cercetărilor pe cari le va face cunoscute forurilor ştiinţifice internaţionale.

In domeniul organizării sanitare *are scopul „de a studia şi discuta directivele ştiinţifice ale organizării sanitare, asistenţei şi asigurărilor sociale, învăţământului medicinei umane, medicinei veterinare şi al farmaciei şi de a-şi da avizul pe baza concluziunilor stabilite".*

Astfel că în viitor, problemele de organizare sanitară vor fi rezolvate de către Academia de medicină, al cărei aviz va fi ascultat de Corpurile legiuitoare. Sperăm că noua Instituţie va ajunge la realizarea tuturor punctelor din program, pentru binele sănătăţei publice şi progresul ştiinţei româneşti.

Adunarea Generală a Asociaţiei Generale a medicilor din România, *a fost convocată pentru 19 Mai a. c., la Bucureşti în Palatul Asociaţiei din str. Isvor 16; în caz că nu se întruneşte numărul de membri necesar conform regulamentului, adunarea se amână pentru 26 Mai, orele 9½, când se va ţine cu orice număr de membri prezenţi. Ordinea de zi cuprinde următoarele:*

1. Raport asupra activităţii anului 1934—35;

2. Discuţii asupra chestiunilor medicale şi sanitare prevăzute în codul penal;

3. Fixarea atitudinei Asociaţiei în ceeace priveşte suspendarea numirilor şi suspendarea concursurilor de selecţionare;

4. Programul de activitate pe 1935/36.

* * *

Tot în ziua de 19 Mai, după cum suntem informaţi va avea loc în Palatul Asociaţiei Generale a Medicilor, adunarea generală de ***constituire a Asociaţiei Medicilor sanitari din ţară*** *— la care ar fi de dorit să participe un număr cât mai mare de medici din toate regiunile.*

Inspectoratul General Sanitar Sibiu *a trimis o circulară prin care se aduce la cunoştinţă că în urma adresei Comitetului de iniţiativă pentru constituirea «****Asociaţiei medicilor de spitale şi dispensarii****» ai Ministerului Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale menită să cimenteze legăturile ştiinţifice dintre* ***medicii curativi*** *ai acestui departament, s'a aprobat pentru zilele de Sâmbătă 11 şi Duminecă 12 Mai 1935, prin ordinul Ministerului Nr. 7767 din 18 Aprilie 1935 o permisie oficială tuturor medicilor din această categorie cari vor să participe la şedinţa de constituire a Asociaţiei, care va avea loc în ziua de 11 Mai 1935, ora 11 a. m. la Spitalul Central „Prof. Dr. I Cantacuzino" din Bucureşti.*

Constituirea Societăţii de Endocrinologie, *ca o secţiune a societăţii de neurologie, psihiatrie şi psihologie, a avut loc la Spitalul Colţea.*

Dl ***Profesor Parhon*** *luând cuvântul asupra scopului societăţii, anunţă şi apariţia unui buletin.*

S'a ales următorul comitet: Preşedinte de onoare, Prof. Dr. Marinescu, Preşedinte activ, Prof. Parhon, vice-preşedinţi: Prof. Dr. Zaharescu-Caraman, Dr. Crăiniceanu, Dr. Goldstein şi D-na Dr. Medea Niculescu, Secretar general Dr. Mavromati, casier Dr. Simian şi secretar de şedinţă Dr. Mihăilescu şi Copelman.

Inspecţii Ministeriale. *Dl Dr. I. Costinescu, Ministrul Sănătăţii, însoţit de dl Dr. I. Stoichiţia, Inspector General Sanitar al Regiunei Sibiu, — au inspectat în zilele de 23—24 Aprilie, Institutele Sanitare din Judeţul Ciuc — precum şi Sanatorul Toria din Judeţul Trei Scaune.*

In ziua de 1 Mai au vizitat toate Instituţiile Sanitare din Municipiul şi Judeţul Braşov. Cu această ocaziune a avut loc o Conferinţă în sala de şedinţe a Prefecturii Judeţului, sub Preşidenţia dlui Dr. Costinescu, Ministrul Sănătăţii. Au asistat la Conferinţă şi domnii Miniştrii Lapedatu şi Cancicov precum şi dl Secretar General, dl Profesor Dr. Gane, Prefectul Judeţului şi Primarul Municipiului. A participat întreg corpul medical din Braşov în frunte cu dl Dr. I. Stoichiţia, Inspector General Sanitar.

In conferinţă s'au discutat toate problemele sanitare ale Judeţului şi Municipiului Braşov. Au făcut expuneri dl Inspector Sanitar Dr. Stoichiţia, Medic Primar al Judeţului Dr. Nistor şi Medicul Şef al Municipiului Dr. Ştefan — iar dl Ministru Dr. Costinescu a dat lămuriri şi îndrumări de felul cum trebue organizat serviciul sanitar.

Concursurile de medici sanitari ai Ministerului Sănătății *se va ține în București la 7 Mai, sub următoarea comisiune: titulari, Prof. Dr. Gheorghiu, Prof. Dr. Moldovanu, Dr. Marius Georgescu, Dr. Popescu D.; supleanțiProf. Dr. P. Niculescu, Prof. Dr. Zaharescu, Prof. Dr. Baroni, Dr. I. Apostolescu, Dr. Radu Moise.*

Concursurile de medici primari ai Ministerului Sănătății, *vor avea loc în cursul lunei Mai, cu următoarele comisiuni, compuse conform legei sanitare, din trei profesori de specialitate, delegați de cele trei Facultăți de Medicină din țară și din doi medici primari, delegați de consiliul sanitar superior:*

Dermatologie, la 1 Mai, Cluj: *titulari prof. Dr. Nicolau, prof. Dr. Mironescu, prof. Dr. Tătaru, Dr. Crivăț Lugoj, Dr. Stanca Dominic; supleanți: prof. Dr. Hortolomei, prof. Dr. Țeposu, Dr. Drăgoescu, Dr. Voinea.*

T. B. C., la 2 Mai, Iași: *titulari prof. Dr. Ciucă, prof. Dr. Enescu, prof. Dr. Hațeganu, Dr. Irimescu, prof. Dr. Bacaloglu; supleanți: prof. Dr. Lupu, prof. Dr. Tudoran, prof. Dr. Goia, prof. Dr. Bălteanu, prof. Dr. Slătineanu.*

Ginecologie, la 6 Mai, București: *titulari: prof. Dr. Daniel, prof. Dr. Anghel, prof. Dr. Grigoriu, prof. Dr. Gheorghiu, Dr. Marius Georgescu; supleanți: prof. Zaharescu, prof. Dr. Cosăcescu, prof. Dr. Țeposu, Dr. Nasta, Dr. Bejan.*

Otorinolaringologie, la 8 Mai, București: *titulari: prof. Dr. Mețianu, prof. Dr. Dimitriu Borca, prof. Dr. Buzoianu, Dr. Negulescu, Dr. Țețu I.; supleanți: prof. Dr. Iacobovici, prof. Dr. Aleman, Dr. Nasta, Dr. Bejan.*

Oftalmologie, la 13 Mai 1935, București: *titulari prof. Dr. Manolescu, prof. Dr. Elena Pușcariu, prof. Dr. Mihail, Dr. I. Pușcariu, Brașov, Dr. Pandelescu I. Buc.; supleanți: prof. Dr. Nicolau, prof. Dr. Cosăcescu, prof. Dr. Buzoianu, Dr. Paul, Dr. Protopopescu.*

Boli contagioase, 15 Mai, Iași: *titulari prof. Dr. Ciucă, prof. Dr. P. Niculescu, prof. Dr. Hațieganu, prof. Dr. Slătineanu, prof. Dr. I. Enescu; supleanți: prof. Dr. Manicatide, prof. Dr. Tudoran, prof. Dr. Goia, Dr. Stroe, Dr. Graçoski.*

Radiologie, la 15 Mai, Cluj: *titulari prof. Dr. Severeanu, prof. Dr. Negru, Dr. Sfințescu, Dr. Eliescu; supleanți prof. Dr. Iacobovici, prof. Dr. Grigoriu, Dr. Isvoranu, Dr. Găldău.*

Puericultura, la 16 Mai 1935, București: *titulari prof. Dr. Gane, prof. Dr. Graçoski, prof. Dr. Popovici, Dr. Băiatu, Dr. Stroe; supleanți: prof. Dr. Manicatide, Dr. Stroe, prof. Dr. Moldovanu, Dr. Oreviceanu, Dr. Cănciulescu.*

Boli mintale şi nervoase, 20 Mai, Bucureşti: *titulari prof. Dr. Tomescu, prof. Dr. Balif, prof. Dr. Ureche, Dr. Preda, Dr. Paulian D.; supleanţi: prof. Dr. Parhon, prof. Dr. Minea, Dr. Constantinescu, Dr. Odobescu.*

Stomatologie, 23 Mai, Bucureşti: *titulari prof. Dr. Iacobovici, prof. Dr. Aleman, agregat Dr. Dumitrescu, Dr. Nasta Traian; supleanţi: prof. Dr. Jianu A., prof. Dr. Buzoianu, d-na Dr. Papilian, d-na Dr. Alma Mohora Popovici.*

Boli interne, 27 Mai, Bucureşti: *titulari prof. Dr. Bacaloglu, profesor Dr. P. Niculescu, prof. Dr. Haţieganu, prof. Dr. Danielopol, prof. Dr. Manicatide; supleanţi prof. Dr. Dobrovici, prof. Dr. Tudoran, prof. Dr. Goia, Dr. Mamulea, Dr. Radu Moise.*

Cursuri de perfecţionare pentru medicii sanitari. *Ministerul Sănătăţii a hotărât ca medicii de circumscripţii sanitare urbane şi rurale, să fie chemaţi în decursul iernei, după indicaţiile Inspectorilor Generali Sanitari, la cursuri de perfecţionare de câte-o lună.*

Aceste cursuri de perfecţionare vor fi organizate la Bucureşti, Cluj, Iaşi, Sibiu şi probabil Craiova, Chişinău şi Cernăuţi.

Cursuri de pregătire sanitară pentru învăţătoare. *Suntem informaţi că cursurile pentru învăţătoare, cari vor avea loc în decursul verei anului acesta, pentru pregătirea lor în domeniul sanitar şi higienic pe lângă cele trei centre universitare, — se vor ţine şi la sediul Inspectoratului sanitar Sibiu.*

Examenele de limba română *pentru funcţionarii minoritari din regiunea Sibiu, aparţinători Ministerului Sănătăţii si Ocrotirilor Sociale, s'au ţinut la Inspectoratul Sanitar Sibiu, în zilele de 27— 28—29 Martie şi 2 până la 6 Aprilie.*

Comisia de examinare a fost compusă din Dl Inspector sanitar Dr. I. Stoichiţia, ca Preşedinte, Dl Medic Primar de judeţ Dr. I. Cosma şi Dl Profesor P. Drăghici ca membrii.

Au depus examen 86 medici şi 40 personal sanitar, administrativ şi auxiliar.

Rezultatul examenului a fost înaintat Ministerului spre decidere.

Curs de perfecţionare în medicina legală. *Institutul medico-legal al Facultăţii de Medicină din Cluj, organizează un curs de perfecţionare în medicina legală pentru următorii medici:*

I. Medicii de circumscripţii rurale şi urbane, precum şi pentru candidaţii la posturile de medici primari de municipii şi judeţe. Cursul va dura 2 săptămâni, dela 15 Iunie—1 Iulie. Taxa este de 1500 Lei.

II. Medicii legişti titraţi sau angajaţi pe lângă Tribunale. Cursul va dura 4 săptămâni, dela 15 Iunie—15 Iulie. Se va preda un curs special de criminalistică (identitate, grafistică, etc.). Taxa este de 3000 Lei.

Domnii medici care doresc informaţiuni sau să participe se vor adresa direct Institutului medico-legal, Cluj (clinici).

La 20 Mai a. c. apare: ***Hotarul Tradiţional şi legal al Profesiunei Medicale,*** *tratând despre: vocaţiune şi aptitudini, drepturi şi datorii, reguli de conduită, sancţiuni şi responsabilitate. organizarea corpului medical. Sunt prevăzute şi comentate toate dispoziţiunile legale cele mai recente.*

Cartea este scrisă de ***Prof. Dr. M. Kernbach şi Dr. M. Romanescu.*** *Preţul de subscriere până la data de 15 Mai este de 100 Lei pentru un volum de circa 400 pagini. Subscrierile se vor trimite anticipat pe adresa: Prof. M. Kernbach. Institutul medico-legal, Cluj.*

Reînfiinţarea «Cercului Medico-Cultural» al Astrei. *In ziua de 18 Aprilie cor. Comitetul de iniţiativă în frunte cu Dl Dr. I. Stoichiţia a convocat medicii români la o consfătuire pentru reînfiinţarea Cercului Medico-Cultural al Soc. „Astra". Dl Dr. Stoichiţia expunând scopul convocării arată importanţa acestui Cerc Medico-Cultural, care ar avea menirea de a sistematiza şi de a raţionaliza acţiunea noastră pe terenul medico-cultural, în cadrul acestei societăţi. Medicii au activat şi până acum într'o largă măsură pe teren medical prin conferinţe şi anchetele medico-sociale, executate într'un însemnat număr de comune. Cercul Medico-Cultural ar avea scopul de a armoniza această activitate şi de a-i lărgi câmpul de acţiune prin studiul şi desvoltarea problemelor de ordin educativ, tehnic şi profesional. După această expunere şi după ce mai mulţi au luat cuvântul s'a hotărât unanim reînfiinţarea Cercului Medico-Cultural, alegându-se următorul Comitet de conducere:*

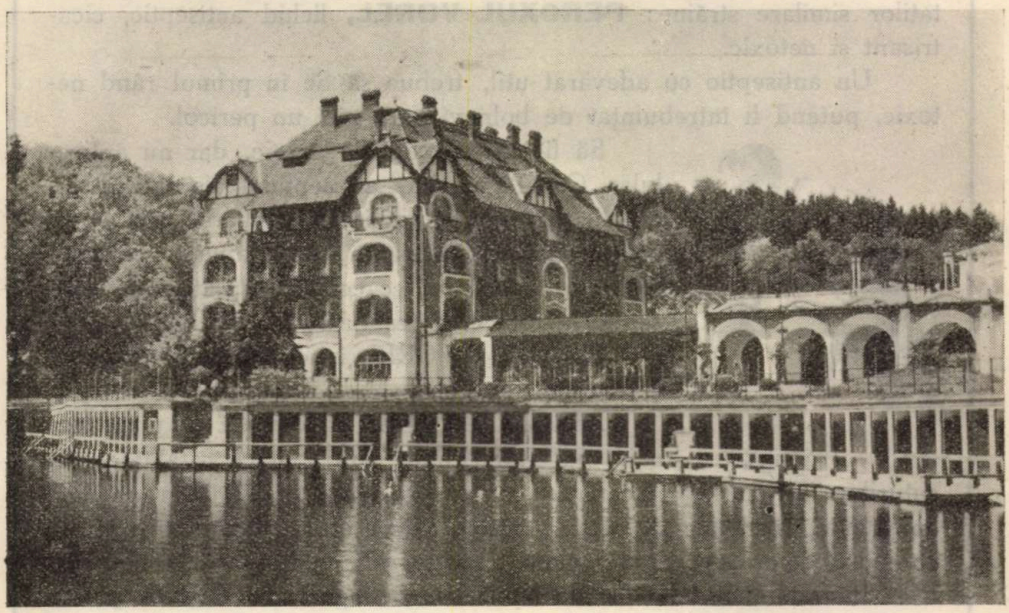
Preşedinte: Dl General Dr. I. Manea.
Vicepreşedinţi: Dnii Dr. O. Filipescu şi Dr. M. Capitanovici.
Secretar General: Dr. I. Cosma.
Casier: Dr. Gherghel.
Secretar de şedinţă: Dr. C. Ivan.

Băile Ocna-Sibiului

Proprietatea Statului, Ministerul Sănătății, Direcțiunea fondului sanitar.

Cea mai importantă stațiune balneară de lacuri sărate din țară

Cea mai frumoasă! **Cea mai ieftină!**



Vedere generală.

Stabiliment termal complet. Băi calde și reci. Hidroterapie. Masaj sub apă. Instalațiuni moderne. Lacuri sărate în mijlocul parcului. Plaje.

Hotelul Statului de prim ordin.
Numeroase vile particulare.

Cazino, Restaurant, Cofetărie, Berărie, Bar, Săli de lectură, Jocuri, Dans, Spectacole, Concerte, Cinema, Excursiuni.

La 12 kilometri de orașul Sibiu. — Numeroase trenuri și autobuse. Curse la fiecare oră.

Informațiuni la Direcția Băilor și Agențiile Societății Europa.

Indicațiuni: Toate stările artrito-reumatice, boli de femei, anemie, debilitate, limfatism.

Un microbicid energic dar nu anticelular!

LABORATORUL VOREL din Piatra-N. recomandă domnilor Medici o specialitate românească cu un efect cel puţin egal specialităţilor similare străine: **PEROXUL VOREL,** lichid antiseptic, cicatrisant şi netoxic.

Un antiseptic cu adevărat util, trebue să fie în primul rând netoxic, putând fi întrebuinţat de bolnavi, fără nici un pericol.

Să fie un microbicit energic, dar nu anticelular. Cu alte cuvinte antisepticul distrugând microbii, să conserve vitalitatea celulară; căci celula conservată, îşi păstrează toate funcţiunile fiziologice şi fagocitare, ce contribue alături de antiseptic la refacerea ţesuturilor.

PEROXUL VOREL îndeplineşte toate aceste condiţiuni.

PEROXUL VOREL în contact cu plaga degajă oxigen născând, fără a ataca vitalitatea ţesuturilor. De aceia indicaţia lui a dat excelente rezultate în anghini, amigdalite, laringite, stomatite, erizipel, degerături, ulcere torpide, în combustii de orice grad, în vaginite, metrite, salpingite, şancăr sifilitic, etc.

In tratamentul bolilor de femei, 4—5 linguri de PEROX pur la un litru de apă fiartă şi răcorită.

In combustii şi opăreli, compresele sterilizate vor fi muiate în o soluţie formată din o parte PEROX VOREL şi patru părţi apă fiartă şi răcorită. După câteva zile de pansamente, ţesuturile sunt complect refăcute.

PEROXUL VOREL înlocuieşte în chip ideal apa oxigenată brută, şi toate specialităţile similare străine.

Pentru experimentare se trimit eşantilioane gratuite la cererea D-lor Medici, împreună cu indicatorul terapeutic al Laboratorului.

PEROX VOREL

antiseptic-cicatrisant, netoxic

LABORATORUL VOREL PIATRA-N.

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3 ori	Lei	2600·—	6 ori Lei 4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3 „	„	1500·—	6 „ „ 2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3 „	„	1000·—	6 „ „ 1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1935.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	50	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

Theominal

asociaţia renumită din
Theobromină şi Luminal,

efect spasmolitic asupra vaselor, în special asupra arteriolelor, dilată vasele, ameliorează circulaţia sanguină în ţesuturi, normalizează tensiunea sanguină, atenuiază repede şi cu efect de durată turburările subiective.

Theominal este deci recunoscut de mult timp şi pretutindeni ca specific dominant în hipertensiune, arterioscleroză, angină pectorală, astm bronşic, migrenă cât şi turburări de menopauză şi dismenoree.

Ambalaj original:
Tub cu 20 tablete de 0,33 gr

„Bayer"

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft Leverkusen a. Rh.

BAYER

Mostre şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„PHARMA"-Studerus & Co, Bucureşti I, str. Brezoianu 53.

Anul II. No. 5—6. 10 Lei Exemplarul. Mai—Iunie 1935.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie:
Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I.

Secretari de redacţie:
Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacţie:
Drii A. Burlă, N. Comşa, I. Cosma, G. Ghiţescu, I. Gheorghiu, N. Hozan, I. Ilcuş, L. Ionaşiu, C. Manta, Mavru, N. Mihail, V. Mitter, R. Moga, Gh. Păcurar, C. Pascu, D. Roşca, I. Slavu, I. Sturza, H. Tănăsescu, F. Vilt.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclamă: la Drogueria I. BACIU, Sibiu, Str. Regina Maria 10

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Prof. Dr. I. Moldovan: Organizarea sanitară a municipiilor Pag. 137

Dr. Gh. Preda şi *Dr. L. Ionaşiu:* Observaţii asupra comportării sufleteşti a bolnavului mintal lucrător . . . . . „ 141

Doc. Dr. O. Filipescu: Un caz de ulcer duodenal perforat la o copilă de 14 ani . . „ 147

Dr. C. Bonciu: Anafilaxie . . „ 150

Dr. Nicolae Onaca: Asupra unui caz de Limfogranulom gastric . . . . . „ 158

Dr. Ion Ad. Popescu: Anestezia intra-venoasă asociată. Evipan-Natrium şi Dilaudid-Scopolamină . . . . . „ 161

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Salarizarea medicilor sanitari şi raporturile ei cu sănătatea publică Pag. 166

Dr. I. Stoichiţia şi *Dr. I. Cosma:* Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu . . . . . „ 175

Revista cărţilor . . . . . „ 179

Hotarul tradiţional şi legal al profesiunei medicale, de *prof. Dr. M. Kernbach* şi *Dr. N. Romanescu.*

Note de terapeutică . . . „ 179

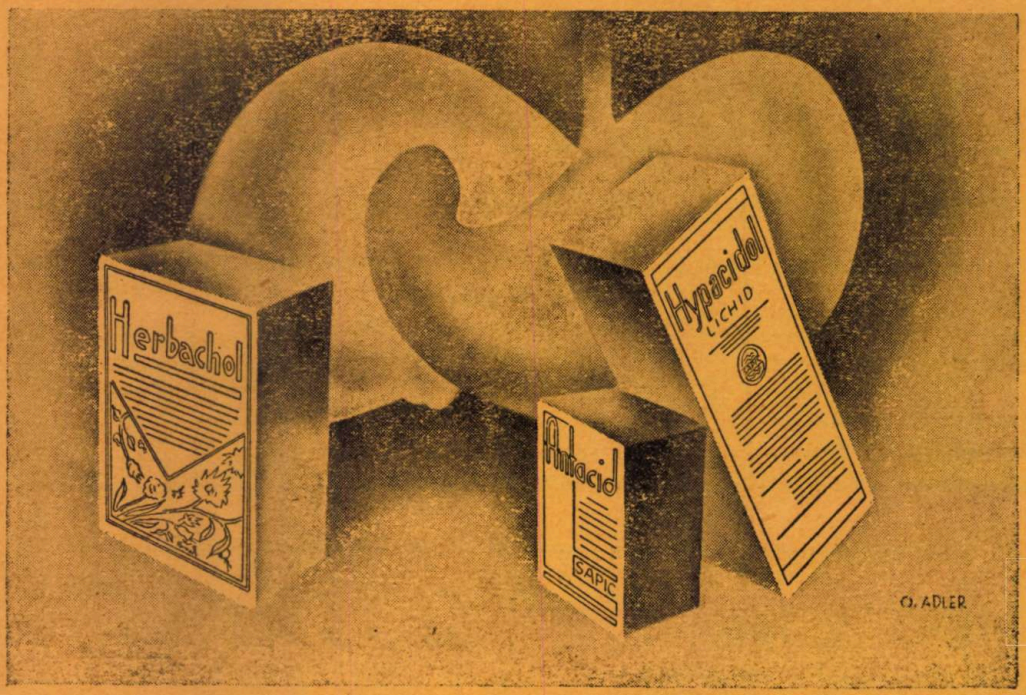
Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu . . . . „ 184

Al treilea Congres Naţional de Tuberculoză . . . . „ 191

Infiinţarea Asociaţiei Surorilor de Ocrotire . . . „ 194

Note şi informaţiuni . . . „ 203

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ŞI CHIMIE BIOLOGICĂ
Dr. TELEMAN & Dr. ROŞCA
SIBIU, STR. MITROPOLIEI Nr. 17



HERBACHOL

Ceaiu pentru tratamentul afecțiunilor hepato-cholecistice, compus din 18 diferite flori, frunze și rădăcini medicinale. Grație acțiunii sale choleretice și cholagoge energice, cât și a efectului său slab purgativ, ceaiul se administrează cu rezultate excelente la cholelitiază; cholangită, icter, cholecistită, boli de ficat și acționează deasemenea contra constipației coexistente.

ANTACID

CU BELLADONA - FARA BELLADONA

Preparat alcalin pentru tratamentul hiperacidității stomacale și a consecințelor acesteia. Intrunind avantagiile alcalinelor ușor solubile și a sărurilor alcalino-teroase greu solubile, preparatul garantează atât dispariția momentană a fenomenelor supărătoare, cât și un efect continuu

HYPACIDOL

Compus pe bază de **acid clorhidric** în formă lichidă, **pancreatină** și **pepsină**, reprezintă medicațiunea suverană a hipo- și anacidității gastrice și a urmărilor acestora.

Preparatul dă deasemenea rezultate foarte favorabile la tratamentul dispepsiei gastrice, a gastro-enteritei, a diareei cronice și a anemiei, precum și în tratamentul simptomatic a cancerului stomacal.

SAPIC

SAPIC SOCIETATE ANONIMĂ PENTRU INDUSTRIA CHIMICA

Anul II. Nr. 5—6. 10 Lei Exemplarul. Mai—Iunie 1935.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

Eupaco Merck

Spasmolitieul sigur

la toate spasmele musculaturei netede.

Calmant repede,
prin aceasta e posibil a înlătura morfina.

Prezentări şi ambalage:

Tablete Eupaco à 10 buc.
„ „ „ 20 „
Supozitoare Eupaco à 5 buc.
„ „ „ 10 „

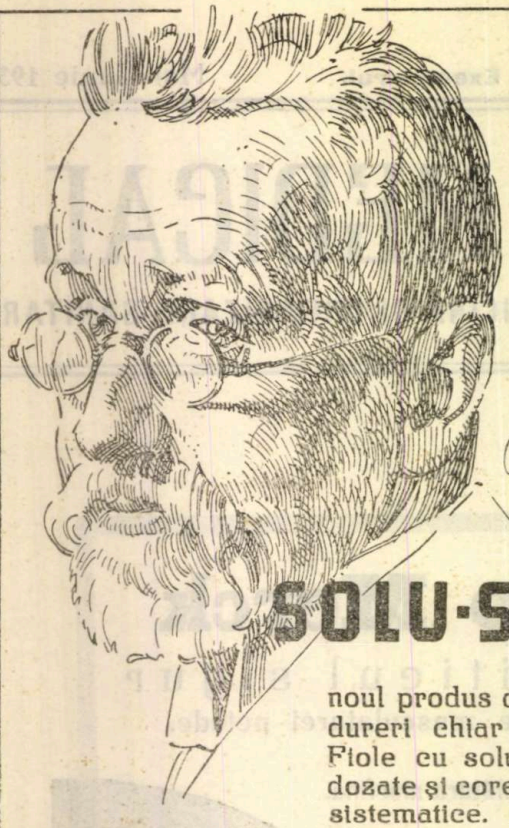
E. MERCK / DARMSTADT

Reprezentant în România:
BIROUL ŞTIINŢIFIC,
Bucureşti III, Str. Anastase Simu 6 (în dosul Ateneului)

E MERCK

SIBIU, 1935

Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“



P. Ehrlich

SOLU-SALVARSAN

noul produs de salvarsan injectabil fără dureri chiar pe cale intramusculară. Fiole cu soluţii gata preparate, exact dozate şi corespunzătoare tratamentelor sistematice. Eficacitatea terapeutică şi toleranţa sunt absolut identice cu Neosalvarsan. Solu-Salvarsan, tot aşa ca şi Neosalvarsan este controlat din 3 puncte de vedere: Chimic, biologic şi clinic. Solu-Salvarsan dispensează medicul de a-şi prepara soluţiile extemporanee, tehnica injecţiunilor este mai uşoară şi permite tratamentul cu Salvarsan chiar la pacienţi cu vene greu accesibile şi la copii.

BAYER

LUCIUS M&B HOECHST

NEO-SALVARSAN

preparat original Paul Ehrlich. De mai mult de 20 de ani Neosalvarsan a făcut dovadă în lumea întreagă în multe milioane de cazuri de sifilis.

Produsele originale au un efect terapeutic desăvârşit, o toleranţă incomparabilă şi corespund întocmai prescripţiunilor de standardizare ale Comisiunei de Igienă a Ligii Naţiunilor.

„Bayer Meister Lucius"

Leverkusen a. Rh.

Reprezentanţa generală pentru România:

„PHARMA" Studerus & Co., Bucureşti I, str. Brezoianu 53, Tel. 3-9285/86.

Institutul de igienă şi igienă socială Cluj.

Organizarea sanitară a municipiilor

de **Prof. Dr. I. Moldovan.**

Organizarea sanitară în municipii este la noi în principiu aceiaşi ca şi la ţară. Medicul şef are aceleaşi atribuţiuni ca şi medicul primar de judeţ, iar municipiul este împărţit în circumscripţii, fiecare cu un medic sanitar în frunte având obligaţiuni identice cu acele ale medicului de circumscripţie rurală, adică şi anume de a sta la dispoziţia populaţiei circumscripţiei sale atât pentru tratament în caz de boală, cât şi pentru luarea măsurilor preventive în domeniul boalelor infecţioase, al boalelor sociale, mortalităţii infantile sau în general al protecţiei mamei şi copilului. Obligat fiind mai departe de a se interesa în mod efectiv de salubritatea publică în circumscripţia ce-i aparţine, de igiena şcolară şi industrială, de a contribui la educaţia igienică a populaţiei şi în sfârşit de a se achita de îndatoririle sanitar-administrative. Medicul de circumscripţie urbană are deci şi el ca şi cel rural atribuţiuni generalizate cuprinzând întreg domeniul medicinei curative şi igienei aplicate.

Identităţii acesteia de obligaţiuni însă nu corespunde de loc o identitate a cerinţelor serviciului sanitar rural şi urban. Cu toate că — în mare — problemele sanitare sunt aceleaşi la ţară şi la oraş, mediul în care urmează să fie cercetate şi rezolvite este cu totul altul, imprimă în consecinţă un caracter deosebit activităţii sanitare şi cere în mod firesc o acomodare a organizaţiunei serviciului sanitar şi de ocrotire.

In contrast cu situaţia dela ţară, în aglomeraţiunile urbane populaţiunea concentrată pe un spaţiu redus este cu mult mai intens expusă influinţelor dăunătoare sănătăţii ale mediului extern, fizic şi social. Contactul mai apropiat, circulaţia mai intensă, viaţa profesională variată cu riscurile multiple pentru sănătate, felul colectiv al aprovizionării cu necesităţile vieţii zilnice, favorizează răspândirea boalelor infecţioase şi plăgilor sociale, insalubritatea, mortalitatea infantilă şi recer măsuri rapide, competente şi sistematice pentru combaterea şi în deosebi prevenirea lor. Aceasta cu atât mai mult, cu cât populaţia urbană, în marea ei parte de un nivel cultural mai

avansat, este mai sensibilă în ce priveşte sănătatea ei, şi deci mai exigentă şi mai critică privind activitatea serviciului sanitar.

Acestor exigenţe, caracteristice mediului urban, ca şi posibilităţilor de realizare mai variate şi considerabile la oraşe, se datoreşte faptul, că medicina curativă de mult a încercat şi reuşit să se acomodeze, reacţionând în mod firesc prin aşezarea unui tot mai mare număr de medici practicieni la oraşe, prin crearea de instituţiuni curative tot mai perfecte şi îndeosebi prin specializarea tot mai diferenţiată a activităţii curative. Aproape nu există specialitate medicală, care să nu fie reprezentată în centre urbane prin medici specializaţi sau chiar prin aşezăminte curative de specialitate. Aproape că nu există deci problemă curativă, care să nu-şi poată afla în condiţiuni urbane o imediată şi competentă soluţiune. Este atât de firească aceasta evoluţiune, încât ridicol ar apare acela, care ar mai încerca justificarea ei, aşa cum ridicolă ar fi propunerea, de a desfiinţa în centrele urbane spitale speciale, dispensarii, sanatorii şi în general practica specializată şi de a satisface toate exigenţele curative prin cât de multe spitale generalizate, tip rural, aşezate în centrele circumscripţiilor urbane şi conduse de câte un medic de circumscripţie.

Cam în aceasta situaţiune primitivă se află organizarea serviciului sanitar preventiv în centrele noastre urbane şi îndeosebi în municipii. Împărţite teritorial pe circumscripţii, conducerea acestora cu toate atribuţiunile de ordin curativ şi preventiv este pusă în sarcina medicilor de circumscripţii, pentru a căror recrutare nu se cere alta calificare tehnică, decât diploma de doctor în medicină, deci o competinţă generală, sumară în întregul vast domeniu al tratamentului boalelor, ca şi al prevenirei lor. Este adevărat, că în ce priveşte activitatea curativă şi răspunderea în acest domeniu, medicul de circumscripţie urbană este aproape complect descărcat prin medicii practicieni, spitale, dispensare şi chiar o mare parte a bolnavilor săraci cad în grija serviciilor medicale ale asigurărilor sociale, C. F. R. şi alte organizaţiuni similare; aşa încât activitatea curativă a medicului oficial este aproape complect limitată la clientela lui particulară. Firesc ar fi atunci, ca acest medic să-şi devoteze o importantă parte a timpului de serviciu pentru activitatea preventivă, pentru care el este singurul factor responsabil în circumscripţia sa. Aceasta obligaţiune se impune cu atât mai mult, cu cât multe şi grave sunt problemele, cari se pun în acest domeniu în codiţiuni urbane mai serioase în orice caz decât la ţară şi mai importante pentru sănătatea publică. Ori în acest domeniu medicului de circum-

scripţie urbană îi lipseşte competinţa. A trecut timpul, când boalele infecţioase se combăteau prin măsuri rudimentare şi tardive adresate unei părţi a bolnavilor numai, când boalele sociale interesau exclusiv din punct de vedere curativ, combaterea mortalităţii infantile era o problemă inexistentă pentru serviciul sanitar şi în toate celelalte părţi ale igienei aplicate măsuri paliative, sumare, caracterizau o activitate, lipsită de directiva unui studiu cauzal, unei competinţe tehnice, nepăsătoare faţă de cerinţele prevenirei de boli, insensibilă faţă de urmările dezastruoase colective ale unei atari mentalităţi fără răspundere. A fost lichidată în alte ţări, mai conştiente de valoarea capitatului om, aceasta mentalitate, lichidată va fi şi la noi, ori cât de încăpăţinat ar susţine-o apărătorii unei tradiţii, care de mult şi-a pierdut rostul.

Eficacitatea serviciului sanitar nu se mai poate măsura prin numărul hârtiilor rezolvite, proceselor verbale şi tabelelor înaintate, prin numărul consultaţiilor şi al zilelor de îngrijire a bolnavilor. Esenţială este reducerea mortalităţii generale şi implicit a tuturor mortalităţilor parţiale şi în acelaş timp sporirea vigoarei biologice a populaţiunei. Acest rezultat nu se poate obţine decât printr'o acţiune sistematică, cuprinzătoare şi competentă în domeniul igienei aplicate, o acţiune bazată pe experienţă specială şi cunoştinţe specializate în vastul domeniu al prevenirei. Va trebui odată să se priceapă, că igiena aplicată nu poate fi stăpânită de orice nepregătit, că ea nu mai constitue numai o singură specialitate, ci este diferenţiată pe o serie de specialităţi, vaste fiecare din ele şi de o covârşitoare importanţă pentru obţinerea rezultatului urmărit de organizaţiunea sanitară. O diferenţiere care cere funcţiuni speciale îndeosebi în condiţiuni municipale cu exigenţele mai mari, cu cerinţele mai variate. Se va înţelege uşor, că medicul de circumscripţie municipală nu va putea fi în acelaş timp specialist în toate domeniile igienei aplicate, nu va putea stăpâni corespunzător cerinţelor în acelaşi timp clinica, etiologia, diagnosticul etiologic şi epidemiologia bolilor infecţioase, clinica, etiologia şi epidemiologia socială, combaterea completă a boalelor sociale, vastul câmp de cunoştinţe în domeniul salubrităţii publice implicit igiena industrială şi în sfârşit vastul câmp al protecţiei mamei şi a copilului şi igiena şcolară. Cu atât mai puţin i se va putea cere şi obligaţiuni şi răspunderi în aceste domenii în condiţiunile de azi, când chiar şi cunoştinţele elementare preventive îi sunt numai sumare şi nici medicului-şef al municipiului, — în urma unei recente modificări a legii sanitare — nu se mai cer cunoştinţe specializate în domeniul igienei.

Igiena aplicată evoluiază în condiţiuni urbane, ca şi medicina curativă, spre o diferenţiere pe specialităţi. Organizarea serviciului va trebui să se acomodeze acestei evoluţii. Ţinta spre care trebue să se tindă va trebui să fie o organizaţiune în frunte cu un medic-şef specializat în igienă şi alături de el medici specializaţi, mai mulţi sau mai puţini după extensiunea municipiului, fiecare activând în oficiul central, cât şi pe teren şi fiind responsabil pentru întreaga pază a municipiului pentru o problemă sau pentru un grup de probleme înrudite din domeniul igienei aplicate. Un epidemiolog va fi responsabil pentru recunoaşterea, măsurile de combatere şi prevenire a boalelor infecţioase pentru întregul municipiu, şi va putea avea în sarcina sa şi problema boalelor sociale, dacă împrejurările nu permit angajarea unui alt specialist pentru acest din urmă domeniu. Un alt igienist se va îngriji de salubritatea publică, de controlul alimentelor şi băuturilor şi de igiena industrială, sau acolo unde e posibil fiecare din aceste specialităţi va fi reprezentată printr'o funcţiune proprie. Aceiaşi soluţiune este indicată pentru problema protecţiei mamei şi copilului şi pentru igiena şcolară. Deci în locul împărţirei teritoriale a serviciului pe circumscripţii, o diferenţiere pe probleme speciale, care urmează să fie realizată treptat. Iată justificarea art. 99, alin. 3 din legea sanitară şi de ocrotire, care dispune: „Medicii sanitari ai comunelor urbane sau municipiilor sunt obligaţi a se îngriji de toate problemele sanitare ale comunei. Acolo unde funcţionează mai mulţi medici, serviciul va fi împărţit între ei pe atribuţii speciale sau pe circumscripţii".

Togal

combinaţiune de acid acetylosalicilic, cu chinină şi lithiu este remediul ideal în toate manifestaţiunile dureroase ale

Reumatismului; deasemenea în gută, sciatică, lumbago, nevralgii, migrene, gripă, etc. etc.

Acţiune rapidă şi sigură. Nu provoacă nici un fel de turburare în funcţiunea normală a altor organe ca: stomacul, inima, rinichii, etc.

POSOLOGIE: de 3 ori pe zi câte 2—3 tablete.

Observaţii asupra comportării sufleteşti a bolnavului mintal lucrător

de

Dr. Gh. Preda,
Medic Primar Director superior
Inspector General sanitar.

şi

Dr. Liviu Ionaşiu,
Medic Primar Director.

(Urmare şi sfârşit).

C) Tehnica întrebuinţată.

Pentru studiul comportărei sufleteşti a bolnavilor lucrători s'a ales 68 bolnavi mintali consideraţi cronici prin caracterul şi durata boalei.

Aceşti bolnavi au lucrat şi au fost observaţi în grup. Nu a existat propriu zis o standardizare a lucrului dat. Deşi bolnavii erau puşi în aceleaşi condiţiuni de comoditate, totuşi lucrările sau ocupaţiile ce li s'au dat au fost diferite şi s'au executat în o durată variată de timp (10'—30').

De altfel aceste lucrări sau ocupaţiuni au fost din cele mai simple şi mai uşoare.

La 54 bolnavi lucrarea nouă a constat în îndoirea sârmei după anumite modele, aranjarea unor piese de joc, facerea de figuri din bucăţi de lemn sau beţe, etc.

La 14 bolnavi (7 schizofrenici, 1 epileptic, 1 maniac, 2 alcoolici 1 imbecil, 1 psihoză encefalopatică şi 1 paralizie generală) li s'au dat ocupţiuni sau lucrări pe care le cunoscuse şi învăţase înainte de îmbolnăvire. Unii din aceşti din urmă bolnavi au lucrat la: adunarea legumelor, fructelor pe câmp; alţii în atelierele spitalului (croitorie, cismărie, strungărie, etc.).

La toţi aceşti bolnavi li s'a explicat pe înţeles, dar numai o singură dată, felul cum trebue să execute lucrul.

Observatorul a păstrat o atitudine rezervată, serioasă, nepunând întrebări şi nerăspunzând decât la întrebările puse de bolnav.

Pentru acei ce nu vroiau să înceapă lucrul li s'a făcut câtva timp îndemnuri.

In scopul de a aduce pentru medicii din spital o rutină mai mare în exercitarea acestei observaţii, s'a înregistrat punctele prevăzute în foaia de comportare a bolnavului şi de alţi medici şi studenţi (Dr. Lungu, Iosif şi Hefner). Rezultatele obţinute de ei au fost controlate şi s'au găsit identice.

D) Tabloul de mai jos indică în cifre toate aceste rezultate.

I. La prezentare	Schizofrenie 18		Ps. epilept. 12		Par. g. prg. 11		Mania 7		Ps. alcool. 6		Imbecilit. 6		Idiotism 4		Parafrenie 4	
		%		%		%		%		%		%		%		%
A) Fizic																
1. Inălţime																
mare	3	16	5	42	2	17	—	—	2	33	1	16	2	50	1	25
mijlociu	12	68	7	59	6	55	5	70	4	67	3	51	—	—	1	25
mic	3	16	—	—	3	27	2	30	—	—	2	33	2	50	2	50
2. Desvoltarea corporală gen.																
subţire	12	67	7	59	6	55	1	14	3	50	6	100	3	75	4	100
îndesat	6	3	5	42	5	45	6	86	3	50	—	—	1	25	—	—
3. Desvolt. corporală parţială ţesut osos, grăsos, muscular																
mult	—	—	—	—	2	18	2	30	1	16	—	—	—	—	—	—
mijlociu	17	95	12	100	7	63	5	70	4	67	4	67	2	50	2	50
puţin	1	5	—	—	2	18	—	—	1	16	2	33	2	50	2	50
4. Infăţişarea																
sănătos	7	38	5	42	2	18	7	100	4	67	3	50	2	50	4	100
bolnav	11	62	7	58	9	82	—	—	2	33	3	50	2	50	—	—
5. Ingrijirea																
curată	8	44	7	58	6	55	5	70	2	33	3	50	—	—	3	75
neglijentă	10	56	5	42	5	45	2	30	4	67	3	50	4	100	1	25
B) Mimica, gestul																
vioiu	4	23	1	8	2	18	6	86	1	16	3	50	—	—	2	50
stupid	4	23	1	8	4	37	—	—	2	33	1	16	4	100	—	—
bogat	1	5	1	8	1	9	—	—	1	16	—	—	—	—	—	—
sărac	6	34	3	25	1	9	—	—	—	—	1	16	—	—	—	—
variat	1	5	1	8	1	9	—	—	2	33	—	—	—	—	2	50
schimbăcios	1	5	4	33	—	—	—	—	—	—	1	16	—	—	—	—
monoton	1	5	1	8	2	18	1	14	—	—	—	—	—	—	—	—
C) Atitudine personală																
1. Afect																
vesel	5	27	2	12	5	45	5	70	2	33	3	50	1	25	2	50
serios	3	16	5	42	2	17	1	14	2	33	1	16	—	—	2	50
indiferent	9	50	1	8	4	36	—	—	2	33	2	33	2	50	—	—
trist	1	5	4	33	—	—	1	14	—	—	—	—	1	25	—	—
2. Motilitate																
sprinten	5	27	3	25	2	17	4	61	1	16	4	66	—	—	3	75
încet	12	66	5	42	3	27	3	41	2	33	2	33	4	100	—	—
tacticos	1	5	2	12	3	27	—	—	2	33	—	—	—	—	1	25
tremurând	—	—	2	12	3	27	—	—	1	16	—	—	—	—	—	—
3. Incredere în sine																
liber	7	38	7	59	9	82	6	86	5	83	4	66	—	—	4	100
timid	1	5	2	12	1	9	—	—	1	16	1	16	2	50	—	—

I. La prezentare	Schizofrenie 18		Ps. Epilept. 12		Par. g. prg. 11		Mania 7		Ps. alcool 6		Imbecilit. 6		Idiotism 4		Parafrenie 4	
		%		%		%		%		%		%		%		%
sfios	3	16	3	25	1	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
inhibit	7	38	—	—	—	—	1	14	—	—	1	16	2	50	—	—
4. Comportarea faţă de examinator şi mediu																
deschis, comunicativ	5	27	4	33	7	63	5	70	3	50	3	50	—	—	2	50
închis	4	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	50	—	—
rezervat	—	—	2	12	1	9	1	14	—	—	—	—	—	—	—	—
curios	1	5	1	8	—	—	—	—	—	—	1	16	—	—	—	—
indiferent	4	22	1	8	1	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
apatic	2	11	1	8	—	—	1	14	1	16	1	16	2	50	—	—
politicos	—	—	—	—	1	9	—	—	2	33	—	—	—	—	2	50
modest	2	11	—	—	1	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
îndrăsneţ	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	1	16	—	—	—	—
sgomotos	2	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Expunerea problemei																
1. Ascultă cu atenţie	11	61	10	83	9	82	3	43	4	67	4	67	2	50	4	100
2. Preumblă privirea împrejur	7	39	2	17	2	18	4	57	2	33	2	33	2	50	—	—
3. Pune întrebări	9	50	5	42	1	9	1	14	1	17	4	67	—	—	3	75
4. Nu pune întrebări	9	50	7	58	10	91	6	86	5	83	2	33	4	100	1	25
5. Spune că problema este uşoară	13	75	6	50	9	82	5	71	4	67	3	50	1	25	3	75
6. Spune că problema este grea	3	15	6	50	1	9	2	29	2	33	2	33	3	75	1	25
7. Nu exteriorizează, indiferent	2	10	—	—	1	9	—	—	—	—	1	17	—	—	—	—
8. Judecă problema																
prin vorbe	5	26	4	33	4	36	3	43	1	17	2	33	—	—	1	25
prin semne	8	48	8	67	7	64	3	43	2	33	4	67	4	100	2	50
prin vorbe şi semne	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	25
9. nu judecă	5	26	—	—	—	—	1	14	3	50	—	—	—	—	—	—
III. Începutul lucrărei																
1. Se angajează în un mod																
serios	10	52	10	83	6	54.5	3	43	3	50	2	33	2	50	1	25
puţin serios	8	48	1	8.5	5	45.5	4	57	3	50	4	67	2	50	2	50
zelos	—	—	1	8.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	25
2. Reflectând prealabil	—	—	4	33	—	—	1	14	1	17	—	—	—	—	—	—
3. Fără reflexiune	18	100	8	67	11	100	6	86	5	83	6	100	4	100	4	100
IV. Executarea lucrului																
1. Atenţia îndreptată																
asupra întregei probleme	4	24	2	17	3	27	—	—	—	—	1	17	—	—	1	25
nu îşi întoarce privirea	5	26	7	58	5	46	3	43	2	33	1	17	—	—	3	75
rătăceşte cu privirea	9	50	3	25	3	27	4	57	4	67	4	66	4	100	—	—
2. Exteriorează gândirea şi sentimentul	13	75	8	67	10	91	6	86	4	67	5	83	—	—	4	100

IV. Executarea lucrului	Schizofrenie 18		Ps. epilept. 12		Par. g. prg. 11		Mania 7		Ps. alcool. 6		Imbecilit 6		Idiotism 4		Parafrenie 4	
		%		%		%		%		%		%		%		%
prin cuvinte	5	25	4	33	6	55	1	14	1	17	—	—	—	—	—	—
prin mişcări	8	50	4	33	4	36	1	14	3	50	—	—	—	—	4	100
prin cuvinte şi mişcări	—	—	—	—	—	—	4	58	—	—	5	83	—	—	—	—
3. Fără exteriorizări	5	25	4	37	1	9	1	14	2	33	1	17	4	100	—	—
4. Ritmul lucrării																
repede	7	39	6	50	6	54	6	86	2	33	4	67	—	—	4	100
incet	11	61	6	50	5	46	1	14	4	67	2	33	4	100	—	—
5. Felul lucrului																
sistematic	10	53	6	50	6	54.5	3	43	2	33	2	33	—	—	3	75
întrerupt	8	47	6	50	5	45.5	4	57	4	67	4	67	4	100	1	25
egal	9	50	5	42	5	45.5	1	14	2	33	1	17	—	—	2	50
neegal	9	50	7	58	6	54.5	6	86	4	67	5	83	4	100	2	50
ingrijit	11	61	8	67	9	82	3	43	3	50	2	33	—	—	3	75
neglijent	7	39	4	33	2	18	4	57	3	50	4	67	4	100	1	25
6. Faţă de obiecte se comportă																
ordonat	12	64	9	75	7	64	4	57	3	50	3	50	—	—	3	75
neordonat	6	36	3	25	4	36	3	43	3	50	3	50	4	100	1	25
7. La ivirea dificultăţilor																
nu caută ajutor	17	97	12	100	9	82	6	86	5	83	4	67	4	100	4	100
caută ajutor	1	3	—	—	2	18	1	14	1	17	2	33	—	—	—	—
8. Faţă de un ajutor primit																
indiferent	10	52	2	17	1	9	2	29	—	—	2	33	—	—	—	—
bucuros	3	18	7	58	6	55	2	29	2	33	3	50	1	25	2	50
cu recunoştinţă	3	18	3	25	—	—	1	14	3	50	1	17	—	—	1	25
sceptic şi critic	1	6	—	—	2	18	1	14	1	17	—	—	—	—	1	25
cu încredere	1	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	75	—	—
insufleţit	—	—	—	—	2	18	1	14	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Finea lucrării																
Tace şi aşteaptă liniştit	13	77	5	42	4	27	2	29	5	83	2	33	4	100	—	—
Anunţă singur rezultatul	2	11	7	58	6	55	4	57	—	—	2	33	—	—	4	100
Pune întrebări	1	6	—	—	2	18	1	14	1	17	2	34	—	—	—	—
Incepe alt lucru	1	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1. Arată o stare afectivă deosebită prin																
mulţumire	8	47	8	67	9	82	5	71	5	83	4	66	1	25	4	100
mâhnire	1	5	2	17	2	18	—	—	1	17	1	17	2	50	—	—
indiferent	9	48	2	16	—	—	2	29	—	—	1	17	1	25	—	—
2. Părăseşte locul																
repede	5	25	4	33	3	27	5	71	4	67	5	83	—	—	4	100
incet	13	75	8	67	8	73	2	29	2	33	1	17	4	100	—	—
3. Faţă de obiectele şi instrumentele folosite se arată																
cruţător	1	5	1	25	1	9	—	—	—	—	—	—	—	—	3	75
nepăsător	1	5	3	2.5	2	18	1	14	—	—	1	17	4	100	—	—
ordonat	9	50	7	58	6	55	4	57	3	50	2	33	—	—	1	25
neordonat	7	40	1	8.5	2	18	2	29	3	50	3	50	—	—	—	—
V. Atitudinea faţă de propria sa lucrare																
observă şi critică greşelile	9	50	9	75	6	55.5	2	29	1	17	1	17	—	—	4	100
nu critică	9	50	3	25	5	44.5	5	71	5	83	5	83	4	100	—	—

E. Concluziuni.

1. Rezultatele obținute complectează și confirmă odată mai mult diagnosticul clinic al bolnavului mintal lucrător. Prin ele se poate urmări și evoluția stărei de boală a individului.

2. Diferența dintre activitatea spontană și cea automată nu s'a pus prea mult în evidență la acești bolnavi mintali cronici lucrători.

Numărul mic al cazurilor nu ne poate conduce spre concluzii precise.

Constatăm în adevăr că:

In fața explicației problemei sau lucrărei: bolnavii cu ocupații cunoscute (14) s'au prezentat în felul următor:

Din cei 7 schizofrenici numai 3 ascultă explicația, puneau întrebări și criticau problema. Restul se arătau indiferenți și lucrau automat.

Epilepticul deși asculta, nu punea întrebări dar prin semne arăta că-l interesează problema și o obiecționează (critică).

Cei 2 alcoolici ascultă explicația, nu pun întrebări, nu obiecționează lucrarea.

Paraliticul general ca și maniacul nu ascultă, nu pune întrebări și nici nu obiecționează.

Imbecilul nu ascultă, pune întrebări și prin semne arată că-l interesează lucrarea, obiecționând-o.

Cel cu psihoza encefalopatică ascultă explicația, pune întrebări și obiecționează lucrarea.

Observați acești bolnavi dela începutul și până la sfârșitul lucrului, constatăm că:

Din cei 7 schizofrenici: 4 se angajează puțin serios la lucru; 1 în un mod grav și 1 foarte serios. Numai 3 din ei exteriorizează gândirea, lucrează mai repede și cu oarecare sistem, se arată mai îngrijiți față de lucrare, pun întrebări la sfârșitul lucrului și aduc chiar oarecare critică.

Cei 2 alcoolici se angajează de asemenea serios, exteriorizează gândirea, lucrează însă încet, nesistematic, neîngrijit. Nu cer ajutor la lucru, pun întrebări la sfârșitul lucrului, dar nu critică lucrarea executată.

Paraliticul general se angajează puțin serios, exteriorizează gândirea, lucrează încet, nesistematic dar îngrijit. Cere ajutor și pune întrebări la sfârșitul lucrărei.

Cel cu psihoză encefalopatică se angajează serios, lucrează repede și cu oarecare sistem și îngrijire. Cere ajutor și anunță singur rezultatul criticându-și lucrarea.

Cel cu psihoză epileptică se angajează deasemenea serios, nu exteriorizează gândirea, lucrează repede dar nesistematic. Nu cere ajutor, iar la sfârşitul lucrărei pune întrebări şi face oarecare critică.

Maniacul se angajează puţin serios, exteriorizează gândirea, lucrează repede dar nesistematic şi neîngrijit. Nu cere ajutor, dar pune mereu întrebări la sfârşitul lucrărei.

Imbecilul se angajează puţin serios, nu exteriorizează gândirea, lucrează încet, nesistematic, neîngrijit. Nu cere ajutor şi nici nu pune întrebări la sfârşitul lucrărei.

3. Putem afirma că prin aceste observări ale comportamentului sufletesc al bolnavului mintal lucrător, se înlesneşte constatarea gradului de distrugere sau deficienţa intelectuală a lui. In acelaş timp prin exerciţiile repetate bolnavul se obişnueşte cu lucrul.

Gradul de automatizare şi de obişnuinţă a bolnavului se constată mai uşor prin observările ulterioare.

4. Pentru evaluarea şi cotarea cantitativă care să precizeze mai mult valoarea diagnostică şi prognostică, ne propunem în viitor să standardizăm lucrul şi timpul stabilind comparaţii atât între diferitele categorii de bolnavi cronici, cât şi faţă de cei cu tulburări acute.

KLIMAKTON

«Knoll»

are efect cauzal şi simptomatic împotriva

tulburărilor menopauzei

ca bufeurile de căldură, stările de excitaţie, sudaţiunile profuze, durerile de cap, insomnia, etc.

Rp. Dragee Klimakton «Knoll»
Ambalaj original cu 20 bucăţi
Ambalaj original cu 50 bucăţi

De 3 ori pe zi 1-2 dragee.
Adesea sunt de ajuns şi 2 dragee pro die.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, Ludwigshafen/Rin.
Reprezentanţă şi Depozit: M. Tatarsky, Str. Isvor 43 bis, Bucureşti VI.

PARFUMS D'ORSAY, Paris

Doriți un produs fin?

Cereți pretutindeni renumitele produse D'ORSAY — Paris, ale căror calități superioare sunt recunoscute de toată lumea elegantă.

Specialități renumite

Colonie, parfum-pudre și cosmetice

Spitalul public Sibiu — Serviciul Chirurgical.
Medic Primar-Director Docent Dr. Oct. Filipescu.

Un caz de ulcer duodenal perforat la o copilă de 14 ani

de **Doc. Dr. Oct. Filipescu.**

Dela data de 7 Noembrie 1880, când *Mikulicz*, pe atunci asistent al lui *Billroth* intervine pentru întâiaşi dată asupra unui ulcer stomacal perforat, problema conduitei chirurgicale în alegerea procedeului de tratament, în ulcerele stomacale şi duodenale perforate, a fost obiectul unor discuţii dese şi vii; divizând lumea chirurgicală până în zilele noastre, pe această temă în două tabere.

Pe deoparte aderenţii procedeelor paliative cer cu entuziasm practicarea acestor metode în virtutea principiului salvării imediate a vieţii bolnavului; pe de altă parte partizanii concepţiei curei radicale atribue acestor procedee superioritate, în baza rezultatelor excelente imediate şi tardive ce obţin.

O contribuţie valoroasă în interpretarea rezultatelor operatorii aduc lucrările lui *Moutier* şi *Duval* prin concepţiunea septicităţii genezei unor perforaţiuni; de cari s'au ocupat mai târziu şi *Brutt* în Germania.

In clinica dlui Prof. Dr. *Iacobovici* din Cluj am avut ocazie în anul 1925 a publica o lucrare, relatând în detaliu concepţia acestei şcoli chirugicale româneşti pe acest teren.

Superioritatea procedeelor radicale este indiscutabilă şi pe terenul ulcerelor stomacale şi duodenale perforate şi ele sunt în funcţie pe lângă luarea în considerare a principiilor liniei de conduită existente în general şi de unele amănunte tehnice cari facilitează mult practicarea lor şi contribue la succesul operator mai ales când sunt circumstanţe, ca şi în cazul pe care îl relatăm.

O. P, copilă în vârstă de 14 ani. Servitoare.

Antec. colat. părinţii morţi în boale necunoscute.

Antec. personale fără importanţă, menstruaţie la vârsta de 10 ani.

Istoricul boalei. Boala actuală datează de 3 săptămâni prin apariţia unor dureri continue în epigastrul drept, cari însă îi permit a continua serviciul până înainte cu două zile de a se supune intervenţiei. Nu are pirozе, eructaţii acide sau vărsături; urmează un regim lacto-vegetarian, constatând că acesta îi diminuă durerile.

Inainte de intrare în serviciu cu 24 ore îi survine în mod brusc o săgetare violentă în epigastru cu iradiere în omoplatul drept, vărsături, frecvente şi râgâeturi. Suprimarea vânturilor şi a scaunelor.

Examenul local. Constatăm o retracţie naviculară a peretelui abdominal cu o stare de dispnee frenică; apărare musculară mai pronunţată în stânga liniei mediane, unde şi durerea provocată atinge maximul dureros.

Punctul cistic dureros. Loja ileo. cecală liberă. Punctul lui *M. Burney* nedureros. La presiune asupra nervului frenic la nivelul regiunii cervicale drepte dureri accentuate.

In baza acestui tablou clinic presupunem şi eventualitatea existenţei unei colecistite cu calcul inclavat în cistic şi decidem o expectaţie limitată şi administrarea unor calmante.

Durerile nu dispar, starea generală nu se ameliorează: intervenim.

Deschidem cavitatea abdominală prin incizia modificată a lui *Kehr.* Constatăm pilorul inflamat, iar duodenul aderent de ficat şi beşica biliară, precum şi o cantitate de lichid clar.

După desfacerea aderenţelor duodenul se prezintă acoperit de mase fibrinoase pe toată întinderea şi inflamat, iar la nivelul primei porţiuni o perforaţie astupată, cu un coagul de fibrină.

Ne decidem *pentru rezecţie şi reconstruim după procedeul Reichel.*

Nu facem drenaj.

Mersul postoperator afebril fără vărsături, a 8 a zi scoatem firele: vindecare per primam.

Analizând cazul de faţă ţinem să constatăm, că perforaţiunile ulcerelor stomacale şi duodenale în vârsta capilăriei sunt apariţiuni rari; iar atunci când sunt lipsite de trecut gastric, adecă când este vorba de un *ulcer acut* şi perforaţia duodenală este astupată cu false membrane sau coaguli de fibrină, cum s'a prezentat în cazul nostru, pot simula afecţiuni calculoase ale căilor biliare şi pot face dificultăţi în punerea diagnosticului.

In atari cazuri credem de utilitate importanţa ce trebue să atribuim liniei de acces, prin avantajele tehnice ce le oferă. Acest considerent ne-a determinat a practica incizia modificată a lui *Kehr,*

adică o incizie, care pleacă dela procesul xifoid pe linia mediană până deasupra ombilicului în sens vertical şi se continuă în direcţie orizontală dreaptă interesând dreptul abdominal.

Această incizie modificată a lui *Kehr* are avantajul faţă de cea în formă de baionetă, că nu periclitează vitalitatea întregului drept abdominal prin secţiunea nervilor săi şi dă acces complect asupra pilorului şi mai ales a duodenului şi scuteşte de hernii postoperatorii.

Mobilizarea duodenului şi înfundarea bontului duodenal, care este cea mai însemnată parte a actului operator în rezecţiuni o facilitează mult în deosebi, când şi unghiul xifoid este îngust.

Acest caz ne mai permite deducţiuni asupra septicităţii perforaţiunilor.

Faptul că am găsit în cavitatea abdominală mase fibrinoase şi lichid revărsat şi am închis cavitatea abdominală fără drenaj; obţinând un mers postoperator fără ascensiuni termice şi vărsături justifică legitimitatea părerii, că exudatul în primele 30 ore poate să rămână steril.

In cât priveşte legitimitatea rezecţiunilor stomacale la copii suntem de părerea, că dacă aceste procedee radicale sunt considerate ca metode ideale şi de preferit în tratamentul ulcerelor stomacale şi duodenale cronice; cu atât mai mult în ulcerele perforate, unde asociază tratamentului complicaţiei acute şi tratamentul sigur curativ al maladiei, mai ales la copii, care până la bătrâneţe pot fi periclitaţi permanent de survenirea ulcerului peptic jejunal, care chiar după un deceniu poate să apară sau şi mai mult, după cum verifică un caz, pe care am avut ocazia a-l opera cu succes recent şi unde ulcerul peptic jejunal a apărut numai 19 ani după practicarea unei gastro-entero-anatomoze posterioare, făcută pentru tratamentul unui ulcer pilorie.

Sigur că garanţia succesului rezecţiunilor este intervenţia precoce în primele 6 ore; sau când septicitatea exudatului peritoneal nu este prea pronunţată prin lipsa de infecţie cu bacterium coli, în sensul concepţiei lui *Löhr* sau cu streptococul hemolitic, rezecţiunile se pot practica cu şanse bune de reuşită şi mai tardiv chiar şi la copii mai puţin rezistenţi faţă de şocul operator în intervenţiunile pe stomac decât adulţii.

Institutul Prof. Dr. I. Cantacuzino, Bucureşti.

Anafilaxie

de **Dr. C. Bonciu.**

După cum indică şi numele, starea de anafilaxie este o stare contrară imunităţii. Dacă injectăm la epure intravenos o cantitate oarecare de ser de cal (2—5 cm.) şi îl lăsăm apoi aproximativ 10 zile şi apoi îi injectăm din nou o cantitate foarte mică de ser 1/20—1/100 cmc.) tot intravenos, imediat după injecţie epurele devine neliniştit, se freacă la nas, începe să se învârtească în cerc, respiră greu, are contracţiuni muschiulare, se culcă pe o parte, se produce relaxarea sfincterilor anal şi vezical şi animalul moare după scurt timp (5—20 minute). Deci în loc de imunizare după cum ne-am fi aşteptat, animalul moare în urma unei doze mici de ser de cal, cu totul inofensivă.

Acest fenomen este specific şi declanşarea lui se produce numai cu aceiaş substanţă cu care s'a făcut prima injecţie.

Incă din 1839 Magendie lucrând cu albuş de ouă şi Flexner 1894 cu seruri antitoxice, au observat uneori o hipersensibilitate anormală la animale, la doze minime netoxice.

In 1902 Richet lucrând pe câine cu actinocongestină (extract de actinii) şi cu mytilocongestină (extract de mule), a observat că dacă injectează intravenos o doză nemortală şi după 20 zile revine cu o nouă injecţie în doza minimă (1/20), câinele începe să respire greu, nu se mai poate mişca, cade pe o parte, are vărsături, diaree sanguinolentă şi moare după câteva minute.

Richet a dat numele de ANAFILAXIE acestui fenomen paradoxal.

Artus (1903) injectând sub piele la epure ser de cal zilnic, după 4—5 zile, la locul de injecţie se produce o tumefacţie dură, cu exudat, care în urmă se ulcerează şi se elimină. El a numit acest fenomen ANAFILAXIE locală, făcând analogie între acest fenomen şi cel descris de Richet.

ANAFILACTOGEN se numeşte orice substanţă ce poate da chocul anafilactic, aceste substanţe sunt de obiceiu proteine animale sau vegetale ca: albuş de ouă, lapte, globulele roşii, seruri de animale, extracte de organe (pulmoni, ficat, splină, intestin), bac-

terii, albumine cristalizate, polen, extract de ricin, etc. Substanţele proteice, digerate la extrem, hidrocarburile, grăsimele, nu dau choc anafilactic. De obicei substanţele ce sunt anafilactogene produc şi anticorpi, deci produc şi imunitate. Aceste substanţe pierd proprietăţile lor anafilactogene prin încălzire, coagulare, digestie, prin tratare cu substanţe chimice, sau raze ultraviolete.

In anumite ocazii chiar substanţele neproteinice pot da şi ele choc, prin unirea lor cu anumite substanţe organice din corpul animalului, formând o moleculă complexă ce acţionează ca o substanţă proteică (azoproteine, quinină, arsenic, bismut, cianură de mercur etc.).

Injecţiile producătoare de choc se pot face pe orice cale: subcutanat, intravenos, intradermic, intraperitoneal, cerebrală, spinală, uneori chiar pe cale uterină, rectală şi chiar per os (cu bilă sau sondă).

Cea mai bună cale este cea intravenoasă şi intracerebrală, apoi intraperitoneală şi subcutanată, restul dau rezultate inconstante.

PERIOADA LATENTĂ se numeşte timpul ce trece între cele două injecţii, în genere 8—10 zile, maximul choculuí îl avem la 20 zile, starea de sensibilizare poate dura luni de zile şi chiar ani, cu cât doza preparatoare este mai mare şi perioada latentă va fi mai lungă.

SIMPTOMATOLOGIE: putem avea 3 forme de choc anafilatic:

a) *Choc acut,* animalul moare după 5—20 minute cu simptomele descrise mai sus;

b) *Choc prelungit,* animalul cade în comă, temperatura scade, asemenea şi presiunea sanguină scade, respiraţia neregulată, vasele periferice dilatate şi animalul moare după câteva ore;

c) *Choc nemortal,* animalul prezintă aceleaş simptome dar mai reduse şi nu moare.

Epurii, cobaii, câinii, pisicele, caii, fac în genere aceste forme de choc descrise mai sus. Păsările fac mai greu choc, maimuţele fac mai des forme cutanate ca şi oamenii (boala serului), iar animalele cu sânge rece nu fac de loc (broasca).

Ca simptome HEMATOLOGICE găsim: scăderea tensiunei sanguine, diminuarea coagulabilităţii, concentrarea sângelui în proteine şi gl. roşii, leocopenie, cu inversiunea formulei leucocitare (limfocitoză sau monocitoză), dispariţia plăcuţelor sanguine, scăderea puterei litice şi complementare, în cazuri nemortale găsim eozinofilie.

La autopsia animalelor moarte în choc găsim: congestie puternică a organelor abdominale cu hemoragii, pulmonii măriţi de volum, puternic congestionaţi şi cu zone hemoragice, contractarea muşchilor

bronchici, alveolele dilatate (asfixie în inspiraţie), blocarea ficatului şi a rinichilor prin o cantitate mare de sânge. Contractarea muşchilor netezi din bronchii, intestine, uter, vase, etc. Această contractură se poate produce şi „*in Vitro*", dacă punem aceste organe de animale sensibilizate, într'o soluţie de substanţă cu care le-am sensibilizat. Chiar dacă înlăturăm tot sângele din organe prin spălări repetate cu ser fiziologic, fenomenul tot are loc, deci fenomenul are loc chiar în celule *(anafilaxie celulară)*.

Tot astfel dacă punem organe de animale nesensibilizate în ser de animal sensibilizat, le spălăm şi apoi le punem din nou în acest ser, fenomenul se produce. La animalele ale căror sistem reticulo-endotelial a fost blocat prin injecţii intraperitoneale sau intravenoase cu sol. de tuş, carmin, etc. nu mai putem produce chocul anafilactic.

ANAFILAXIE PASIVĂ (Besredka, Nicolle). Dacă se ia ser dela un animal sensibilizat, după trecerea perioadei latente şi se injectează la alt animal de aceiaş specie sau de o specie străină şi dacă după 24 ore injectăm aceiaş substanţă ce a servit la sensibilizarea primului animal, se produce chocul anafilactic. In cazurile acestea sensibilizarea animalului durează aproximativ 6 zile şi animalul revine la normal, poate fi din nou sensibilizat activ sau pasiv. Anafilaxia pasivă la animalele de aceiaş specie este mai puternică, la alte specii este mai slabă.

Putem obţine şi o anafilaxie locală pasivă după cum avem şi anafilaxie locală activă. Stările anafilactice se pot transmite în anumite condiţiuni şi la feţi (cobai) dela mamă, dela tată nu.

Anafilaxia activă sau pasivă sunt specifice atât pentru fiecare specie (animal), cât şi pentru fiecare organ în parte. De acest lucru ne putem servi în expertizele medico-legale sau alimentare preparând mai multe animale cu seruri diverse şi cu extracte de organe diverse şi încercând apoi declanşarea chocului cu substanţa de analizat, care poate fi în cantitate foarte mică.

Se poate sensibiliza un animal cu mai multe substanţe deodată şi apoi să producem chocul cu fiecare din ele pe rând. „In Vitro" se poate neutraliza un ser de animal sensibilizat printr'un ser de animal normal, injectate apoi la animal nu mai dă chocul, aceeaşi neutralizare putem obţine în „Vivo" dacă facem cele 2 injecţii (ser sensibilizat şi normal) în acelaş timp, sau dacă injectăm serul normal cu câteva zile înainte. Simptomele produse în anafilaxia pasivă sunt aceleaşi ca şi cele din anafilaxia activă.

REACŢIUNI ANAFILACTOIDE: Unele substanţe ca: emulsie de organe (pulmon, ficat, intestin), veninuri, seruri toxice, suspensii

microbiene, gl. roşii străine, pot da chiar dela *prima injecţie* fenomene foarte asemănătoare choculuí anafilactic.

Deasemenea unele săruri de metale grele, care atacă endoteliul vascular, ca platina, aurul, argintul, cuprul, nichel, fier, mercur, bismuth, cobalt şi fosforul, arsenicul, precum şi unele substanţe coloide ca agarul, pectina injectate direct în sânge, pot da aceleaşi fenomene. Peptona Witte injectată la câine, cobai dă fenomene tipice de choc (bronchospasm, congestia ficatului, vasodilataţie, etc.).

HISTAMINA: O proteină ce se scoate din ergot, din organe (pulmon, ficat, piele) sau este produsă de unii microbi ca bacilul Welchi, injectată la cobai în cantitate foarte mică (1/10 mgr.), produce moarte cu fenomene anafilactice; în doza 1/100 mgr. dă reacţie locală anafilactică şi contractarea uterului in Vitro în doza 1/5.000.000 mgr.

La om în doza 1/3.000 mgr. intradermic dă urticarie, cu 0.3 mgr. intravenos produce: vărsături, edem, relaxarea sfincterilor, temperatură

S'au dat diferite explicaţii asupra producerii choculuí anafilactic astfel: *Ch. Richet*, credea că la prima injecţie s'ar produce în organism o substanţă numită toxogenină, care unindu-se cu antigenul din a doua injecţie, s'ar produce o substanţă toxică numită apotoxină, care ar lucra asupra celulelor nervoase centrale. Experienţele în Vitro au arătat că chocul se poate produce şi fără participarea centrilor nervoşi, cerebro-spinali.

După *Friedberger* prin unirea antigenului cu anticorpi s'ar produce o precipitare a humorilor din celule, cari ar da fenomenele anafilactice (contractura fibrelor netede).

După *Bordet* prin introducerea antigenului ar lua naştere în organism o enzimă, care în momentul celei de a doua injecţie atacă antigenul şi produce o substanţă toxică (anafilotoxină), în prezenţa alexinei.

Gay şi Soublard explică fenomenele anafilactice prin leziunile ce s'ar produce la nivelul endotelitilor vasculare.

Pirquet şi Besredka: aceste fenomene s'ar produce prin unirea bruscă şi masivă a antigenului cu anticorpi rezultaţi prin prima injecţie.

Lumière: s'ar produce o floculare a umorilor organismului (turburarea stărei coloidale), aceste floculate ar excita centrii nervoşi ai capilarelor.

Cea mai recentă explicaţie a fenomenelor anafilactice este aceea care pune toate aceste turburări pe seama histaminei (teoria histaminică a lui Deoerr).

Histamina s'ar afla preformată în celule (teorie celulară) şi în momentul unirei antigenului cu anticorpi din organism, este eliminată

din celule şi dă chocul şi în genere orice substanţă toxică ce poate distruge celulele (în special celule hepatice) pot pune în libertate histaminele din celule şi dau fenomene anafilactice.

ANTIANAFILAXIE: Unele substanţe ca eter, uretan, cocaină, ar putea înlătura chocul prin scăderea tensiunei moleculare, asemenea şi atropina, adrenalina, sărurile biliare, sărurile de magneziu, clorura de calciu, clorura de sodiu intravenos şi unele ape minerale feruginoase.

Narcoza deasemenea împiedică producerea chocului, blocajul sistemului reticulo-endotelial înlătură producerea chocului anafilactic (Moldovan).

Metoda cea mai bună pentru înlăturarea chocului anafilactic a fost dată de Besredka prin injecţii repetate de cantităţi mici de antigen mai înainte de a face injecţia declanşantă.

Această desensibilizare se poate face prin injecţii pe orice cale. După Besredka desensibilizarea se poate face şi per os cu 4 zile mai înainte, prin clisme cu două zile mai înainte, dar cu rezultate inconstante.

Pe cale subcutanată desensibilizarea se face cu 2—4 ceasuri mai înainte, pe cale intraperitoneală cu 2 ceasuri mai înainte şi pe cale intravenoasă sau cerebrală cu 10—15 minute mai înainte. Sau întrebuinţăm metoda dozelor crescânde subintrante intravenoase (1/20, 1/10, 1/5, 1/3 etc.) sau metoda serului diluat intravenos „à goutte". Pentru înlăturarea chocului anafilactic la om, în tratamentul cu seruri antitoxice sau antimicrobiene, Besredka propune să se injecteze intravenos 1/10 cmc., pauză 3—5 minute, apoi 1 cm., 2 minute pauză; 3 cm., 2 minute pauză; 10 cm., 2 minute pauză; 25 cmc. şi apoi tot serul.

ANAFILAXIA IN PATOLOGIA UMANĂ: La om *chocul anafilactic tipic* se produce foarte rar (la 1/100.000) şi cazurile mortale din fericire sunt şi mai rare. Simptomele se apropie mult de cele dela cobai şi iepure şi avem: dispnee, vărsături, colaps cardiac, edem pulmonar, edem al feţei, etc.

Mai frecvent avem *boala serului,* (în 15% la cei cari n'au mai primit ser şi în 20—90% la cei ce au mai primit ser, la aceştia fenomenele sunt şi mult mai pronunţate.

Fenomenele serice apar mai rar imediat după injecţie, după 4—6 zile la cei ce au mai primit ser şi la 10 zile la cei ce n'au mai primit ser şi se pot repeta la intervale din ce în ce mai mici deobicei până la maximum 4 perioade. Simptomele cele mai frecvente sunt: apariţia la locul injecţiei de placarde de urticarie cu mâncărime puternică, apoi urticaria se întinde pe tot corpul, dispare ca

să apară în alt loc. Uneori tumefiere la locul injecției, escare, eliminarea escarei etc. (anafilaxie locală), tumefierea ganglionilor, prinderea articulațiilor în serie, dureri, temperatură, albuminurie, edem al glotei, edem pulmonar, blocaj renal etc.

Cu cât cantitatea de ser injectată este mai mare, cu atât și fenomenele sunt mai pronunțate.

Aceste fenomene se pot înlătura, în parte prin întrebuințarea serurilor concentrate sau desalbuminate sau prin metoda desensibilizării cu doze mici (Besredka). Explicația fenomenelor serice ar fi că la locul injecției rămân albumine străine netransformate care după trecerea perioadei latente ar produce chocul prin turburarea echilibrului coloidal.

CRIZELE NITRITOIDE ale căror simptome clinice și aspecte anatomo-patologice se apropie așa de mult de acele ale chocului anafilactic, se pot explica prin producerea unui choc anafilactic în urma injecțiilor cu sărurile de arsenic (arsenobenzol) ale căror molecule se combină cu substanțele proteinice din organism rezultate din alterația organelor, (în special leziunile ficatului ce se întâlnesc deobicei în cazuri de crize nitritoide mortale) produse de sărurile de arsenic formând un complex arsenoproteinic ce poate lucra ca un antigen oarecare albuminos. Teoria histaminică explică și mai bine producerea crizelor nitritoide prin eliberarea histaminei din celule (hepatice) sub influența injecțiilor. Această teorie explică și cazurile paradoxale de choc cari se produc chiar la prima injecție, sau când cele două injecții sunt făcute la interval scurt, fără a mai exista stadiul de perioadă latentă.

Aceiaș explicație se poate da și fenomenelor anafilactoide ce se pot produce uneori în urma injecțiilor intravenoase și cu alte substanțe în afară de sărurile de arsenic ca: săruri de iod, bismuth, mercur (cianură de Hg), quinină, aspirină, salicilat de sodiu etc.

Morțile în *arsuri generalizate,* când survin la câteva ceasuri după accident, se pot explica ușor prin teoria histaminică, admițând că la nivelul arsurilor se produce o eliberare de histamine din celulele distruse (epiteliale) mai ales că aspectele anatomopatologice găsite la autopsie în astfel de cazuri se aseamănă foarte mult cu cele produse în chocul anafilactic (congestie puternică a tuturor organelor cu focare hemoragice și edem cerebral, pulmonar și cardiac, fără existența leziunilor degenerative și inflamatorii ce explică moartea în cazuri tardive.

STĂRILE ALERGICE: felul de a reacționa al organismului în perioada dintre infecție și imunitate, când organismul nu reacționează

nici ca un organism imunizat dar nici ca unul virgin de infecţie. Citãm ca stări alergice următoarele:

FENOMENUL LUI KOCH: la cobaii sănătoşi dacă injectăm bacili tuberculoşi obţinem ulceraţie la nivelul injecţiei şi tuberculoza generalizată, la cei infectaţi obţinem la locul injecţiei o escară mare, necroza, ulcerare şi vindecarea locală.

OFTALMOREACŢIA (Châtmesse), *intradermoreacţia lui Pirquet, reacţia la tuberculină* locală şi de focar sunt reacţii alergice la cei infectaţi cu tuberculoză.

Reacţiile intradermice *Dick* (scarlatină), *Schick* (difterie), *Frey* (limfogranulomatoza inguinală benignă), cu maleină, trichofitină, abortină, sporothrichină, precum şi cu emulsii sau extracte de ciuperci (Acharion, Manilia streptothrix), de microbi (streptococi, gonococi b. leprei etc.) de paraziţi animali (ascarizi), nu sunt decât reacţii alergice ale organismului infectat şi aceste reacţii servesc adesea şi la formularea diagnosticului respectiv. Se pot produce astfel de stări alergice şi în mod pasiv prin injectarea de ser de om bolnav la animale şi apoi se face intradermo-reacţia cu antigenul respectiv.

S'a putut obţine o intradermoreacţie cu extract de tutun la fumători vechi ce sufereau de trombangeită obliterantă şi alte afecţiuni datorite tutunului, deasemenea şi la reumatici cu extracte sau emulsii de streptococi injectaţi intraarticular sau intradermic şi cu extract de tumori la canceroşi.

Simptomele alarmante ce se produc în momentul ruperii unui *Kist hidatic*, nu sunt decât reacţiile alergice ale organismului sensibilizat cu lichidul de kist hidatic, de asemenea şi reacţia Cassoni.

CRIZELE ECLAMPTICE şi *de epilepsie* esenţială în special cele de origină endocrină (suprarenale, ovariene, catameniale) n'ar fi datorite decât trecerii în organism la anumite perioade a unor substanţe anormale secretate de glandele endocrine.

Asemenea toate exantemele ce însoţesc anumite boli infecto-contagioase (scarlatina, rujeola, rubeola) sunt datorite reacţiilor alergice ale pielei la toxinele respective.

După unii autori chiar exudatul fibrino-leucocitar din alveolele pulmonare în cazuri de pneumonie nu este decât o reacţie alergică a pulmonului sensibilizat la pneumococ.

(La epure dacă se injectează intrabronhic ser de cal şi apoi se repetă injecţia se produce în alveole un exudat fibrino-leucocitar identic cu cel din pneumonie).

Tot astfel şi unele hemoragii cerebrale ar fi produse în urma sensibilizării substanţei cerebrale la o anumită substanţă (în stările

anafilactice cronice de multe ori se găsesc la o autopsie în creer focare de ramolisment şi deci se pot produce hemoragii în aceste locuri).

IDIOSINCRASIE: Unele persoane reacţionează puternic la ingerarea unor substanţe alimentare ca: lapte, brânză, fragi, ouă, carne, raci, peşte, sparanghel etc. sau medicamente ca: quinina, ergot, ser de cal, săruri de bismuth, salicilat de sodiu, veronal, aspirină, luminal etc. sau la inhalarea unor substanţe ca: polen (astm de fân) epitelii sau păr de cal, epure; fulgi de păsări, praf din casă sau din aşternuturi, şi uneori chiar când miros anumite flori sau substanţe.

De obiceiu se produc fenomene uşoare ca: urticarie, dispnee, bronchospasm, catar nasal, gastroenterite, erupţii ale pielei şi mult mai rar choc tipic cu colaps (de obiceiu cu substanţe alimentare).

In aceste cazuri avem şi leucopenie, inversiunea formulei leucocitare, scăderea coagulabilităţii şi a presiunei sanguine. Această predispoziţie se poate moşteni şi transmite. Serul indivizilor cu idiosincrasie injectat la oameni sănătoşi sau chiar la animale le transmite această predispoziţie în mod trecător (idiosincrazie pasivă generală sau locală).

CRIZA HEMOCLAZICA: (Widal) este provocată prin trecerea în organism a proteinelor alimentare incomplect transformate din cauza permeabilităţii intestinale şi a leziunilor hepatice. Simptomele hematologice în aceste cazuri se aseamănă cu cele din chocul anafilactic căci avem: leucopenie, inversiunea formulei leucocitare, scăderea presiunei şi a coagulabilităţii sanguine.

MASAGE FARINA Biarritz

este recomandat de toate somităţile medicale, dând rezultate strălucite. Se prescriu masage zilnice pentru absolut toate vârstele. MASAGE FARINA BIARRITZ este un preparat cu alcohol care reconfortează.

Pentru domnii medici mostre **numai** pentru uzul personal.

Depozit general pentru România: STRADA LUCACI, 106
TELEFON 3-57-61

Spitalul de Stat, Sighişoara.
Director: Dr. Nicolae Onaca.

Asupra unui caz de Limfogranulom gastric

De **Dr. Nicolae Onaca,**
Medic primar Chirurg.

Limfogranulomatoza gastro-intestinală este cunoscută din anul 1913 data apariţiei lucrărilor lui Schlagenhofer asupra acestei chestiuni. Cazurile unde limfogranulomatoza prinde numai stomacul sunt foarte rare şi chiar au fost contestate.

Hayden Apfelbach (New-York) publică în anul 1927, 26 cazuri de limfogranulomatoză gastro-intestinală dintre acestea numai în cazul lui Steindl a fost vorba de localizare pură pe stomac.

In anul 1929 Profesorul Iacobovici operează o studentă pentru un limfogranulom gastric făcându-i o rezecţie largă de stomac. Bolnava după operaţie se simte bine şi este pe deplin vindecată şi azi la 6 ani după operaţie. Tot în acest an Prof. Titu Vasiliu publică o lucrare asupra acestei chestiuni în Le Sang în care Dsa descrie 3 cazuri de limfogranulomatoză gastroduodenală.

Din anul 1929 cazurile de limfogranulomatoză gastrică s'au înmulţit, Tammann din Göttingen publică în anul 1932 un caz de limfogranulom gastric analog cu cazul operat de mine pe care îl descriu mai jos.

G. L. de 35 ani muncitor. In antecedentele heredo-colaterale şi personale nu găsim nimic deosebit.

Historicul boalei: Debut înainte cu 9 ani cu senzaţie de durere şi greutate pe care le avea în regiunea epigastrică după alimentaţie. Durerile se prezentau spontan şi erau independente de alimentaţie şi erau atât de accentuate încât îl forţau pe bolnav a lua diferite poziţiuni mai ales pe cea în formă de cârlig. Consultă mai mulţi medici fără să observe vreo ameliorare după medicamentele folosite. Nu varsă, este constipat, slăbeşte mai multe kilograme. Cu aceste simptome intră în serviciul spitalului nostru.

La examenul obiectiv se constată un bolnav cu ţesutul celulo-grăsos redus, ţesutul muscular bine desvoltat. Ganglionii cervicali sunt mici, palpabili. Sistemul osos este intact.

Aparatul circulator şi respirator nu prezintă nimic deosebit.

Abdomenul de circumferinţă normală prezintă un punct extrem de sensibil în regiunea epigastrică la jumătate distanţă între ombilic şi apendicele xifoid. Ficatul, splina se găsesc între limitele normale.

Examenele de laborator: Reacţia Wassermann este negativă. Urina nu prezintă nimic patologic. Sucul gastric aciditate totală 15.

Examenul radiologic: Se constată un stomac cu peristaltism mai accentuat pilorul rigid deformat, se observă o nişă de mărimea unei alune la nivelul antrului pe mica curbură. Duodenul se desenează bine, evacuarea este completă după 6 ore.

Intervenim la data de 8 Octomvrie 1934. Se face laparotomie mediană supraombilicală în anestezie lombară cu novocaină. Constatăm stomacul de mărime normală cu aderenţe pe faţa posterioară. Pe mica curbură în apropiere de antru constatăm o zonă cicatricială de mărimea unei piese de un Leu cu jurul hiperemic îndurat cam pe o distanţă de 3—4 cm. diametru întinzându-se pe faţa anterioară şi posterioară a stomacului.

Mezoul gastro-hepatic este îngroşat, prezintă ganglioni măriţi. Pilorul şi duodenul este liber.

Facem o rezecţie largă de stomac urmată de o anastomoză după procedeul Reichel.

Examinând piesa rezecată constatăm în dreptul micei curburi şi în apropierea antrului o tumoră exulcerată rotundă cu diametrul de circa 3 cm. cu suprafaţa fin granulară, înconjurată de o zonă cu mucoasa îngroşată şi mai ridicată. Tumora nu are aspectul unui neoplasm. Ganglionii secţionaţi prezintă o suprafaţă pulpoasă roză.

Piesa este trimisă la Institutul de Anatomie Patologică din Cluj unde examinată de domnul Prof. Titu Vasiliu a prezentat tabloul caracteristic pentru un limfogranulom gastric.

Mersul post operator normal, bolnavul părăseşte spitalul a 12-a zi după operaţie complect vindecat.

Limfogranulomatoza descrisă prima dată de Hodkin în anul 1832 ca o leziune care atacă sistemul limfatic a dat naştere la o discuţie foarte vie care nici azi nu este terminată. Ziegler spunea că limfogranulomatoza ar fi o infecţiune specifică care atacă sistemul limfatic. Ori azi cunoaştem localizări care nu au nimic de a face cu aparatul limfatic, cum este limfogranulomatoza gastrică şi intestinală, localizările în ţesutul nervos, măduva spinării şi creer. Toate acestea localizări ne arată după cum spunea Profesorul Titu Vasiliu, că în caz de limfogranulomatoză nu ţesutul limfatic este prins, ci ţesutul reticulo-endotelial care cum ştim se găseşte dispersat în întreg organismul.

Cu toate cercetările experimentale şi bacteriologice încă nu s'a ajuns să se poată clarifica etiologia acestei afecţiuni. Nu e locul aci ca să descriu diferitele bacterii care au fost descoperite în ţesuturile lezate de această afecţiune.

Mai mare interes prezintă pentru noi legătura care există între tuberculoză şi limfogranulomatoză. Bazat pe faptul că într'un număr destul de însemnat de cazuri de limfogranulomatoză ganglionii prezintă leziuni tipice tuberculoase. Sternberg a mers până acolo încât susţinea că boala lui Hodkin ar fi o formă de tuberculoză cu evoluţie clinică şi anatomică particulară.

Fränkel şi Much consideră limfogranulomatoza ca o formă atenuată a tuberculozei, de acelaş părere este şi Lichtenstern care a putut să evidenţieze în secţiunile făcute din piesele extirpate şi bolnave de limfogranulomatoză bacilul Koch.

Simptomatologia limfogranulomatozei gastrice se confundă cu cea a ulcerului şi neoplasmului gastric. Diagnosticul pozitiv este făcut prin examinarea microscopică a leziunei.

Localizarea afecţiunei — cum e şi în cazul nostru — pe un singur organ arată că limfogranulomatoza gastrică este un proces inflamator cronic pseudotumoral.

Acest caracter face ca prognosticul limfogranulomatozei gastrice să fie destul de benign. Cazul operat de Prof. Iacobovici se găseşte în perfectă sănătate şi azi, tot aşa în cazurile lui Stendl şi Froboese cum şi cazul operat de mine, s'a obţinut vindecare.

In rezumat putem să vorbim de o afecţiune limfogranulomatoasă a stomacului. Cazul meu alături de celea publicate de Stendl, Froboese, Iacobovici dovedesc existenţa limfogranulomatozei izolate a stomacului.

Terapeutica acestei afecţiuni se reduce în cazurile operabile la rezecţie largă gastrică care dă rezultate excelente.

Bibliografie: 1. Hofmann, Arch. f. klin. Med. D. 82; 2. Lupu şi Crăciun, Soc. Med. Hop. Bucureşti 6. 924; 3. I. Stendl. Arhiv. f. klin. Chirurgie V. 130 1924; 4. Titu Vasiliu şi Goia, Clujul Medical 1926; 5. Titu Vasiliu şi Iriminoiu, C. R. Soc. Biolog. t. XCIV.; 6. Titu Vasiliu Le Sang t. III. 1939.

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.
LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :
Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.
COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage (Adultes) — 2 cuil. à dessert (Enfants) — 2 cuil. à café (Nourrissons).

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE **RENÉ DUNOD** 103, STR. TOAMNEI BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

Noul tratament al afecțiunilor genitale la femei

(metrite, ulcerație, leucoree)

Prin acțiunea de penetrație a substanțelor coloido-eterogene reunite în produsul

GYNOSTERIL

OVULE ȘI CREIOANE

5% Metabisulfoxychlorojodură de Ca. 1‰ Lactocyanură de argint

S'a văzut necesitatea — în terapeutica afecțiunilor genitale la femei — a unei noui substanțe medicamentoase antiseptice cu acțiune de penetrație, modificând în acelaș timp flora microbiană.

Produsul GYNOSTERIL în forma de ovul și creion cervical, întrunește aceste calități terapeutice, constituind astfel tratamentul modern al afecțiunilor genitale femenine, având calități excepționale, necaustic și incolor.

Substanțele din GYNOSTERIL — pe lângă efectul puternic decongestiv, — sunt foarte solubile, ceiace înlesnește pătrunderea lor în țesuturi mai profunde, acționând indirect prin efectul ușor destringent asupra glandelor, reducând hyperfuncțiunea lor cauzată de infecțiuni.

GYNOSTERIL prin Lactocianură de argint acționează și asupra cauzei infecțiunei (gonococ, streptococ, stafilococ, colibacil), nucleul de acid lactic modificând în acelaș timp flora microbiană. Acest dublu efect este complectat cu efectul puternic antiseptic al chlorului ce este pus în libertate de Metabisul fooxychlorojodură de Calcium.

In sinergia produsului, elementul iod are un efect catalizator.

Modul de întrebuințare: Se introduce în fiecare zi un ovul în profunzimea vaginului până la colul uterin după care se aplică un tampon de vată. După 10 zile, o zi repaus și se verifică mersul boalei. In continuarea tratamentului se administrează mai departe ovule, intercalând 2—3 ori pe săptămână, un creion în canalul cervical.

O lucrare științifică cu 5 planșe în culori cât și mostre stă la dispoziția d-lor Medici.

Laboratorul „MONO". Reprezentanța generală pentru România:
I. ZELTER, București III, Strada Profetului Nr. 9.

In tratamentul afecțiunilor gastro-intestinale, locul de onoare îl ocupă preparatele de

Cărbune medicinal-Richter

și combinațiunile sale

Fabrica de produse chimice Gedeon Richter, București

Institutul de Gynecologie şi Obstetrică, Sibiu.
Medic Primar, Director Dr. F. Süssmann.

Anestezia intra-venoasă asociată

Evipan-Natrium şi Dilaudid-Scopolamină.

de **Dr. Ion Ad. Popescu.**
medic secundar.

Anestezia intra-venoasă cu *Evipan-Natrium Bayer* constitue un progres real în lupta ce se duce continuu pentru descoperirea unui anestezic ideal. *Numal, Soneryl, Eunarcon,* sunt câţiva din concurenţii Evipanului pentru anestezia intravenoasă, asemănători din punct de vedere chimic.

Descoperit de chimiştii *Kropp* şi *Taub*, Evipanul a fost aplicat ca narcotic de către Weese, în 1932. Intrebuinţat în peste 200.000 cazuri în decurs de câţiva ani, astăzi este aplicat pe-o scară întinsă, cu toate datele controversate publicate în foarte numeroase articole ştiinţifice şi discuţiile contradictorii susţinute în societăţile medicale.

In articolul de faţă, susţin întrebuinţarea Evipanului asociat cu Dilaudid-Scopolamină şi notez câteva observaţii personale făcute pe un număr de 50 cazuri, în serviciul de Gynecologie al Institutului Obstetric din Sibiu.

* * *

Meyer şi Overton explică acţiunea hipnotică a medicamentelor prin fixarea (solvirea lor relativă) în substanţele lipoide ale neuronilor cerebrali, — puterea hipnogenă a medicamentelor diferind dupe *coeficientul lor de partaj*: raportul dintre solubilitatea relativă în grăsime şi solubilitatea în apă. Astfel medicamentele hipnotice ar micşora interstiţiile celulare, iar dispersoidul realizat în lipoizi ar modifica şi conductibilitatea electrică.

Acest amestec al hipnoticelor cu lipoizii neuronilor, trebue să fie o stare uşor reversibilă — pentruca bolnavul la deşteptare să nu aibă senzaţia de intoxicare medicamentoasă.

Cercetările farmacodinamice ale profesorului *Pick* şi elevii săi la Viena, au împărţit substanţele hipnotice în două clase: unele având acţiune asupra *telencefalului* cu centrul cortical al somnului, — hip-

notice corticale, sărurile de brom, clorura de magneziu, paraldehida, cloralul, cloraloza, alcoolul, — şi altele având acţiune asupra *mesodiencefalului* cu aparatul bazilar infundibulo-tuberian, — hipnotice bazilare: compuşii ureici, (barbiturice ca uretan, veronal, luminal, somnifen, etc.).

Hipnoticele bazilare sunt mai puternice dar mai toxice, provocând uneori turburări funcţionale grave în centrii neuro-vegetativi mesocefalici.

Essen şi alţi autori nu admit în totul ideile lui Pick, constatând că unele barbiturice halogenate clasificate ca bazilare, — în urma unor experienţe făcute pe animale, — acţionează şi asupra scoarţei cerebrale la om, astfel încât trebuesc trecute într'o clasă intermediară.

Cunoscând datele de mai sus, înţelegem că pentru a obţine un somn total şi liniştit, trebue să recurgem la *asocierea* de medicamente diferite pentru a acţiona în acelaşi timp atât asupra centrilor corticali ai somnului, cât şi asupra centrilor bazilari: de exemplu un bromur cu un barbituric. Iar *Codet* recomandă administrarea hipnoticelor în doi timpi: timpul întâi preparator, scăzând iritabilitatea vago-simpatică — şi timpul doi realizând somnul profund cu abolirea conştiinţei; prin această metodă se micşorează cu mult doza hipnotică necesară, întrebuinţată altfel, singură, pentru obţinerea somnului profund.

* * *

Evipan Natrium, Bayer, este o sare de sodiu a acidului n-metyl-cyclohexenyl-metyl-barbituric, — deci un barbiturat. Se prezintă sub formă de praf alb, cristalin, în cantitate de 1 gr într'o fiolă, dizolvându-se uşor în 10 cc apă distilată din altă fiolă, pentru a obţine o soluţie de 10%.

Toxicitatea Evipanului este mică, doza toxică şi mortală fiind de 3 şi de 4 ori mai mare decât doza anestezică. De reţinut că injecţiile de morfină făcute înainte intensifică şi prelungeşte acţiunea Evipanului dar îi măreşte toxicitatea.

Descompunerea chimică şi eliminarea din organism se face foarte repede, până în 48 ore, — desintegrarea Evipanului făcându-se mai mult în ficat.

Administrarea Evipanului se face în modul următor, dupe ce totul este pregătit pentru începerea operaţiei: cu ajutorul unei siringi de 10 cc fiartă (a se evita alcoolul în siringă) se amestecă apa distilată în fiola cu praful, aspirând şi reinjectând de două ori, pentru obţinerea unei soluţii limpezi.

Am observat că dacă se amestecă soluţia mai mult de două ori (prin aspirarea şi reinjectarea lichidului), atunci Evipanul pierde mult din puterea hipnotică, bolnavul prezentând contracţii tonice şi mişcări dezordonate, spontan, dar mai ales în timpul intervenţiei, lipsindu-ne astfel de repausul muscular absolut cu suprimarea tuturor reflexelor, atât de necesar în timpul operaţiei. Acest fapt s'ar explica prin punerea în libertate a unui element gazos cu ocazia efervescenţei repetate prin manevrele de aspirare şi reinjecţie în fiolă a soluţiei. In cazul contrariu, când amestecarea apei cu praful se face numai o singură dată am observat că bolnavul adoarme mai repede ca de obiceiu dar prezintă fenomene de intoxicare a centrilor respiratori, mişcările respiratorii devenind superficiale, uneori mergând până la apnee şi chiar sincopă respiratorie, uşor trecătoare spontan sau prin câteva compresiuni toracice, tracţiuni ale limbei, un şervet cu apă rece, încetinirea injecţiei şi micşorarea cantităţei, — fără să fie nevoie de injecţii de efedrină, coramină, etc.

Fără să necesite preparative speciale preoperatorii — şi chiar dacă bolnavul nu are stomacul liber, — injecţia se face obişnuit într'o venă a braţului, cu o viteză medie pentru primii 3—4 cc, de aproximativ 20—30 secunde pe centimetru, durata totală a injecţiei fiind de 2—4 minute, controlate cu secundarul. Jentzer, Oltramare şi Poncet injectează încet un centimetru cub pe minut.

Anestezia de scurtă durată. *Posologia.* Doza anestezică necesară cazului diferă mult dupe individ şi este determinată de observarea atentă a bolnavului: începutul narcozei, prin atingerea dozei hipnotice, fiind arătat de căderea maxilarului, se injectează o doză dublă acesteia pentru obţinerea dozei anestezice, (Jentzer, Poncet). Ţinem seamă însă de natura şi durata operaţiei precum şi de etatea şi starea generală a bolnavului. Doza maximă administrată o singură dată este de 10 cc. Dacă nu se obţine doza hipnotică cu cel mult 5—6 cc., se renunţă în acel caz la Evipan, considerând bolnavul refractar acestui anestezic. (Ménégaux şi Séchehaye).

Durata anesteziei generale este de 15—30 minute, cu doze medii obţinându-se anestezii de scurtă durată pentru intervenţii mici. **Anestezia de lungă durată** se obţine prin reinjecţii repetate de câte 2—3 cc. până la 15 cc. Jentzer a reuşit prin reinjecţii repetate până la 27 cc. să obţie anestezii până la 90 minute.

Tensiunea arterială poate scădea cu 15—30 mm de mercur, fără să influenţeze cordul, uneori se constată o uşoară ridicare a tensiunei.

Deşteptarea se face încet, bolnavii prezentând amnezie retrogradă. Persistă însă o stare pe somnolenţă a cărei durată variază. Uneori se observă o uşoară stare de excitaţie, trecătoare.

Anestezia de bază. In operaţii de mai lungă durată, Evipanul poate fi întrebuinţat ca *anestezic de bază*, prelungindu-se narcoza cu Evipan prin Ether, Solestină, Protoxidul de azot, substanţe uşor dozabile în timpul narcozei.

Se mai întrebuinţează ca asociat al *anesteziei locale.*

Evipanul poate fi repetat aceluiaşi bolnav la intervale scurte de câteva zile sau câteva săptămâni, fără inconvenient.

Pentru realizarea unei bune narcoze cu suprimarea stărilor de excitaţie şi a mişcărilor dezordonate reflexe, am obţinut rezultate foarte bune injectând cu 30'—45'—60' înainte de Evipan, o jumătate de fiolă de *Dilaudid-Scopolamină „Knoll"* conţinând 0,002 Dilaudid şi 0,0003 Scopolamină, intra-muscular, ca narcotic de bază. Rareori, când aveam un pacient robust şi socoteam necesară o narcoză de lungă durată injectam o fiolă întreagă, intra-muscular. Dupe această pregătire, narcoza cu Evipan se obţine mai repede, cu doze mai mici, 5—7 cc (economia de Evipan este cu 30—40% dupe durata operaţiei), dar mai ales, am obţinut o rezoluţie completă cu linişte operatorie perfectă şi somn prelungit.

Mecanismul farmacodinamic este explicat la începutul articolului. Dilaudid-Scopolamină constituind timpul întâi, preparator, cu predominenţă corticală — iar Evipanul timpul doi, eficient, cu predominenţă basilară, realizând o anestezie generală. Alţii au injectat Dilaudid-Atropina, publicând deasemeni rezultate bune. Personal nu am întrebuinţat această asociaţie medicamentoasă.

* * *

Indicaţii: Intrebuinţat curent în *cazurile de urgenţă* unde este necesară o narcoză imediată de scurtă durată, (reducerea unei fracturi sau luxaţii, deschiderea unui flegmon, o amputaţie, etc.), — Evipanul are numeroase indicaţii în intervenţiile pe torace (toracoplastii, amputaţii mamare), gât (guşe-Basedow), faţă (plastii repetate) etc.

In *Chirurgia infantilă*, în operaţii mici până în 10 minute.

In *Gynecologie obstetrică* — suturi de perineu, raclaje, examene dureroase, excizii şi biopsii, raclaje şi cauterizări de cancere inoperabile, etc. Nu se recomandă în perioada de expulzie, slăbind contracţiile uterine.

In *Urologie*, intervenţii în vezică şi pe uretră-electrocoagulări, cystoscopii, cateterisme, dilataţii, — în colice nefretice, etc.

In *Oto-rhino-laringologie*, în numeroase cazuri, mai ales când se evită narcoza prin inhalaţie.

In *Stomatologie*, cu doze mai mici, pentru extracţii, operaţii de chiste, incizii de abcese, etc.

In *Oftalmologie*, în iridectomii, enucleaţii, strabism, etc.

In *Psychiatrie*, în manie acută şi în orice stări de agitaţie mare, la transportul bolnavilor agitaţi, la puncţie cysternală, etc. Evipan singur sau asociat cu Morfină-Scopolamină sau Veronal.

Avantajele acestei anestezii sunt: lipsa de pregătiri preoperatorii, faptul că adoarme rapid, iar post-operatorii: amnezia retrogradă, absenţa vomelor şi cefaleei.

Accidente uşoare sunt: uşoară cyanoză, apnee şi starea de agitaţie din timpul intervenţiei, când se face numai Evipan singur.

Inconveniente mai mici sunt: o stare de somnolenţă care poate persista una sau chiar două ore, necesitând repaus la pat în acest timp, — iar alteori, foarte rar, o uşoară stare de excitaţie. Ménégaux şi Séchehaye, cari au publicat un studiu pe 23.000 cazuri din literatura mondială, au constatat 22 accidente mortale şi 49 accidente nemortale.

Contraindicaţiile Evipanului sunt: bolnavii cu insuficienţă hepatică, caşecticii, hypotensivii, septicemiile şi stările de infecţie gravă, bătrânii şi debilitarea generală.

In chirurgia abdominală de asemeni, reflexul peritoneal nu este bine suprimat astfel că nu se realizează liniştea operatorie necesară.

In cazul când anestezia cu Evipan este pregătită de Dilaudid-Scopolamină — bolnavii hepatici constituesc o contraindicaţie severă — pentru a se evita sumarea medicamentoasă toxică în ficat.

Bibliografie:

Ménégaux et Séchehaye. Journ. de chir. Sept. 1934.
Yentzer, Oltramare et Poncet. Presse Méd. Avril 1934.
Troubles du sommeil — Henri Roger.
Monde Médical, Mars 1934.
Thérapeutique du Systéme nerveux, M. Loeper.
L'année thér. A. Ravina, 1934.
Evipan sodique, Dr. Wolly Stamm.

Probleme de organizare sanitară şi profesională.

Salarizarea medicilor sanitari şi raporturile ei cu sănătatea publică.

Se afirmă că România, în comparaţie cu alte State şi în măsură cu necesităţile sale, ar avea un prea mare număr de funcţionari publici şi că din aceasta cauză nu se poate ajunge la o echilibrare a bugetului de cheltueli al Statului. Nu ştim dacă afirmaţia este exactă, în orice caz constatăm însă, că s'au făcut şi se fac mereu încercări şi sforţări de a se reduce numărul funcţionarilor, dar că aceste încercări, cel puţin până în prezent, nu au dat rezultatele aşteptate. Şi fiindcă cifra de cheltueli a bugetului totuşi trebuia redusă, s'a recurs la procedura de atâtea ori verificată de a lăsa neatinse funcţiile şi de a reduce în schimb salariile funcţionarilor. Astfel, an de an, salariile funcţionarilor publici au fost mereu reduse şi încă într'o măsură destul de simţitoare, până ce s'a ajuns la situaţia de azi, când ne mai putând fi vorba de o nouă amputare a salariilor se încearcă din nou — şi încă cu multă străşnicie — metoda odată abandonată, de a reduce totuşi numărul funcţionarilor.

Ne învârtim deci într'un ciclu dramatic pentru funcţionari: când reducere de salarii, când suprimare de funcţii, — când amândouă împreună. Şi totuşi nu ar fi nimic de obiectat; statul fiind la strâmtoare, toţi cetăţenii trebue să aducă sacrificii pentru echilibrarea bugetului şi deci este normală şi jertfa, care se cere funcţionarilor publici. Însă cu o singură condiţiune şi anume: *ca sacrificiile cari se cer să fie egal repartizate şi ele să nu atingă în mod serios buna funcţionare a aparatului de stat.* Ori, constatăm cu durere, că aceasta condiţiune nu este respectată; unele categorii de funcţionari, şi nu în totdeauna cele mai importante, fiind avantajate, iar altele, cu o directă şi însemnată influenţă asupra însaşi viitorului neamului fiind apăsate şi reduse la o situaţie, care le anihilează orice putere de acţiune.

Din aceasta a doua categorie face parte şi Corpul Medicilor funcţionari, cari rău încadraţi dintru început, au trebuit să suporte

cele mai strașnice reduceri de retribuțiuni până ce s'a ajuns la salariile actuale, cari nu mai pot satisface nici celor mai modeste și elementare cerințe ale existenței de toate zilele. S'a crezut anume, în mod greșit, că pentru medicii funcționari salariul este numai un venit accesoriu, principala sursă de venituri pentru toți medicii constituindu-o practica particulară și din aceste motive toate apelurile desperate ale medicilor pentru o mai justă salarizare, au rămas — cel puțin până în prezent — fără rezultat.

Ori realitatea, trista realitate este, că majoritatea covârșitoare a medicilor funcționari sunt reduși azi în existența lor la salariu, ei nemai având nici o altă sursă de venit, iar acest salar este așa de mic, încât cei mai mulți medici duc o existență tragică și degradatoare pentru un corp de intelectuali cu o atât de însemnată funcțiune socială în Stat.

In deosebi este tristă situația *medicilor sanitari*, cari cu drept cuvânt se consideră ca cea mai năpăstuită tagmă funcționărească, cerându-li-se o muncă intensă și devotată, ridicată până la rangul de apostolat și în acelaș timp fiind retribuiți cu salarii de mizerie, cari nu pot asigura în nici un caz minimul necesar pentru existență. Aceasta afirmare ar părea o exagerare și pentru aceea vom căuta ca în lumina unor date și cifre, unele comparative, — să înfățișăm situația reală a medicilor sanitari.

Pentru ca cineva să poată ocupa în mod stabil un modest post de medic de circumscripție rurală, pe lângă anii de studiu petrecuți în liceu și la universitate, i se mai cere un stagiu de spital de minimum 6 luni, examen de concurs sau capacitate, iar pentru definitivare i se mai cere un alt stagiu de 2 ani la circumscripție. In cel mai bun caz deci, un medic de circumscripție sanitară rurală poate obține un post definitiv după un studiu și o muncă neîntreruptă de 16—18 ani, studiu care în cele mai multe cazuri cere foarte însemnate sacrificii materiale din partea părinților, aptitudini deosebite și muncă destoinică din partea candidatului. După un asemenea efort însemnat, tinărul medic se prezintă la circumscripția sa, unde i se cer noui sacrificii materiale, trebuind să-și procure utilajul strict necesar pentru exercitarea funcțiunei sale, nemai vorbind de cele necesare pentru înjghebarea unei miei gospodării și asigurarea unui cât de minimal confort, pe care în cele mai multe cazuri totuși nu și-l poate asigura. Față de aceste însemnate eforturi și sacrificii de timp, de studiu, de bani și de energie, — medicul de circumscripție este retribuit cu un salariu, care abea dacă îi poate asigura traiul de toate zilele.

Iată care este salarizarea medicilor sanitari înscrisă în bugetul Ministerului Sănătăţii pentru anul bugetar 1935/36:

912	medici de circ. cu salar dela	5.750— 7.000	brutto
156	„ „ „ „ „ „	7.000— 8.000	„
47	„ „ „ „ „ „	8.000— 9.000	„
36	„ „ „ „ „ „	9.000—10.000	„
13	„ „ „ „ „ peste	10.000	„

Majoritatea covârşitoare a medicilor de circumscripţie, neavând gradaţii primeşte deci un salariu brutto de 5.750 de Lei lunar, acest salar după 25—30 ani de serviciu abea urcându-se la suma de 10.000 Lei brutto pe lună. Cei mai mulţi medici din acest salar trebue să-şi susţină familia, care uneori este numeroasă, să-şi plătească chiria (numai un procent mic al medicilor de circ. beneficiază de cvartir în natură), să-şi procure hrana necesară şi să facă faţă în mod onorabil exigenţelor, uneori destul de pretenţioase, ale situaţiei sale sociale. Socotim că va recunoaşte oricine că remuneraţia medicilor de circumscripţie nu este echitabilă nici în raport cu pregătirea lor profesională, cu anii îndelungaţi de studiu şi cu sacrificiile materiale, pe cari le aduc în anii de pregătire, nici cu importanţa funcţiei pe care o îndeplinesc, dar mai ales nu este echitabilă, după cum vom vedea, în comparaţie cu salariile altor categorii de funcţionari ai Statului cu o pregătire profesională mult inferioară şi cu o funcţie a cărei importanţă socială nu poate fi comparată cu a medicului sanitar.

Dar să vedem care este situaţia celorlalţi medici sanitari, cari reprezintă o situaţie ierarhică superioară medicilor de circumscripţie! După datele extrase din acelaşi buget al Ministerului Sănătăţii găsim următoarea situaţie pentru medicii primari de judeţe, medicii şefi de municipiu şi inspectori generali sanitari:

7	medici primari de judeţ şi medici şefi de municipiu cu salariu dela	8.000— 9.000	brutto
5	medici primari de judeţe şi medici şefi de municipiu cu salariu dela	9.000—10.000	„
23	medici şefi de municipiu cu salariu dela .	10.000—11.000	„
31	„ „ „ „ „ „ „ .	11.000—12.000	„
18	„ „ „ „ „ „ „ .	12.000—13.000	„
3	„ „ „ „ „ „ „ .	13.000—14.000	„
8	Inspectori generali sanitari şefi de regiune cu salar de	14.700	„
1	Inspector General Sanitar şef de regiune cu salar de	16.000	„

Constatăm deci că în corpul medicilor sanitari cel mai mic salar este de 5.750 Lei brutto, iar cel mai mare salar este de 14.700 Lei brutto, salariul brutto de 16.000 pentru un singur Inspector General Sanitar constituind o excepţie, întru cât acest medic îşi are reşedinţa în Bucureşti şi deci primeşte un supliment de scumpete. Este de remarcat, că cel mai înalt grad în erarhia medicilor Ministerului Sănătăţii este retribuit cu un salar lunar de 14.700 Lei brutto, ceeace reprezintă suma de 12.300 Lei netto.

In comparaţie cu aceste salarii ale corpului medicilor sanitari, ne permitem a spicui câteva date privitoare la remuneraţia altor categorii de funcţionari, date culese tot din bugetul general al Statului pentru anul 1935/36.

Astfel în bugetul Ministerului Apărării Naţionale la pag. 66 găsim următoarele cifre:

1277	Plot. Majori şi Adjut. Şefi cu 2 gradaţii cu salar de	5.535 Lei
3461	Sublocotenenţi cu salar de	8.150 „
2086	Locotenenţi cu salar de	8.900 „
2441	„ cu 4 ani vechime în grad cu salar de .	9.275 „
1562	Căpitani cu salar de	10.505 „
1727	„ cu 6 ani vechime în grad cu salar de . .	11.670 „
999	„ cu 10 „ „ „ „ „ „ „ . .	12.045 „
734	Maiori cu salar de	13.380 „
941	„ „ 4 ani vechime în grad cu salar de . . .	14.690 „
431	Locotenent-coloneli cu salar de	17.020 „
508	„ „ „ 4 ani vechime în grad cu salar de	19.490 „
193	Coloneli cu salar de	21.101 „
379	„ „ 4 ani vechime cu salar de	23.805 „
66	Generali de brigadă cu salar de	25.170 „
96	„ „ „ „ 4 ani vechime în grad cu un salar de	29.230 „
9	Generali de divizie cu salar de	32.605 „
8	„ „ „ „ 5 ani vechime în grad cu salar de	35.940 „
5	Generali de divizie cu salar de	40.935 „
1	General de corp de armată cu salar de	40.935 „

Departe de noi gândul de a susţinea, că salariile Corpului Ofiţeresc al armatei noastre ar fi exagerate, socotim însă, că nu este de loc echitabil, ca majoritatea covârşitoare a medicilor noştri de circumscripţie după pregătirea lor profesională şi după munca plină de răspundere, pe care o prestează, să fie salariaţi egal cu ploto-

nierii majori din armată, iar medicii primari de judeţ şi medicii şefi de municipii, cu o situaţie erarhică atât de avansată şi cu o funcţie atât de importantă, să ajungă abea la salariul unor căpitani, nemai vorbind că cea mai înaltă funcţie în erarhia medicală, inspectorul general sanitar, şef de regiune abia atinge salariul unui maior în activitate cu 4 ani vechime în grad.

Exemplele inegalităţii de tratament s'ar putea înmulţi considerabil, ne mărginim însă încă la câteva comparaţii.

La Ministerul Justiţiei:

	grefier cl. II-a la Curtea de Apel cu salar de	5.650	Lei
400	ajutori de judecător cu salar dela	6.750 — 7.050	„
601	judecători cu salar dela	9.540—14.150	„
127	procurori cu salar dela . . .	9.650—17.500	„
110	preşedinţi de tribunal cu salar dela . . .	11.750—19.150	„
44	primpreşedinţi de tribunal cu salar dela . .	13.110—23.850	„
18	procurori de Curte de Apel cu salar de .	17.450- 26.200	„
12	procurori generali de Curte de Apel cu salar dela	18.700—20.300	„

La Ministerul de Industrie şi Comerţ:

	şefi de birou cl. I. cu salar de	5.650	Lei
	şefi de serviciu cl I. cu salar de	8.850	„
2	ingineri cu salar de	13.650	„
1	inginer cu salar de	16.450	„
13	ingineri (directori cl. I.) cu salar de	17.400	„
1	inginer inspector general cl. II. cu salar de	19.250	„
1	inginer inspector general cl. I. cu salar de	23.350	„

La Ministerul Lucrărilor Publice şi al Comunicaţiilor:

12	şefi şi subşefi de secţie ingineri cu salar de	10.850—17.350	Lei
2	şefi şi subşefi de serviciu ingineri cu salar de	14.900—20 000	„
8	directori ingineri cu salariu de	18.800—29.450	„
8	directori censori cu salariu dela	25.850—31.500	„

Comitetul Local de revizuire:

1	primreferent	14.550	Lei
8	membrii	15.850	„
16	membrii	16.750	„
4	membrii	17.250	„

Comitetul Central de revizuire:

4	referenţi cu un salar de	14.550 Lei
1	primreferent cu un salar de	17.400 „
8	membri cu salar de	23.600 „
21	prefecţi cu salar de	17.250 „
50	prefecţi cu salar de	16.750 „

Ministerul Agriculturei şi Domeniilor:

1	inginer agronom cu salar de	10.550 Lei
1	„ „ „ „ „	11.350 „
2	„ „ „ „ „	13.200 „
11	„ „ „ „ „	16.000 „
5	inspectori veterinari	14.300 „
4	inspectori generali zootehnici	17.200 „
3	inspectori tehnici speciali	19 650 „
1	consilier tehnic	19.650 „
4	ingineri consilieri agronomi	19.650 „
2	inspectori generali silvici	17.800 „
4	ingineri consilieri silvici	21.750 „
1	inspector general silvic	17.800 „

Ministerul Instrucţiunii:

1	învăţător cu salar de	10.600 Lei
123	„ „ „ dela	9.100—9.700 „
1307	„ „ „ „	8.000—8.950 „
587	„ „ „	7.150—7.600 „
462	„ „ „ „	7.200—7.750 „
1485	„ „ „ „	7.000—7.700 „

Socotim că sunt suficiente datele comparative arătate mai sus şi din cari rezultă, că medicii sanitari în comparaţie cu oricare altă categorie de funcţionari publici, sunt inechitabil retribuiţi nu numai în raport cu studiile şi pregătirea profesională cari li se cer, dar şi cu munca pe care o prestează şi cu importanţa funcţiunei sociale pe care o îndeplinesc. Această inegalitate de tratament se referă într'o egală măsură la toate gradele din erarhia medicilor sanitari, începând cu umilul medic de circumscripţie sanitară rurală şi terminând cu Inspectorul General Sanitar, şef de regiune, cel mai înalt grad, la care poate ajunge un medic din serviciul Ministerului Sănătăţii.

S'ar putea obiecta, că medicii în afară de salariu mai beneficiază şi de dreptul de a face clientelă particulară, care clientelă

după concepţia generală ar fi cât se poate de rentabilă. Dacă această obiecţiune putea cândva să aibă un dram de justificare în epocile de belşug economic, astăzi în situaţia de criză economică şi financiară superlativă, care se resimte îndeosebi în mediul rural, ea şi-a pierdut orice temei, deoarece în acest mediu clientela particulară este ca şi inexistentă, îndeosebi pentru medicii oficiali. Dar chiar dacă ar mai exista o clientelă particulară ea este anihilată de concepţia predominantă, că orice funcţiune a medicului sanitar trebue să fie gratuită şi în realitate putem afirma, că într'adevăr toate funcţiunile medicilor noştri sanitari se execută astăzi în mod cu totul gratuit.

Pentru a sublinia acest adevăr vom enumera în cele ce urmează câteva dispoziţii, cari reglementează această gratuitate absolută. Astfel în conformitate cu regulamentul de organizare şi funcţionare al Oficiului de Educaţie al tineretului român, art. 57, Monitorul Oficial Nr. 272 din 24 Noemvrie 1934, medicii sanitari sunt obligaţi să dea asistenţă medicală gratuită la toţi tinerii şi tinerele între 7—18 ani, aşa zişii străjeri, cari chiar dacă nu sunt bolnavi, trebuesc vizitaţi în mod obligator de 2 ori pe an, iar constatările medicale se introduc în fişele lor nominale.

In conformitate cu aplicarea Legii de pregătire premilitară, partea I. — medicii sanitari sunt obligaţi să viziteze în mod gratuit pe toţi tinerii având vârsta între 18—20 de ani şi a le acorda în orice împrejurare asistenţă medicală gratuită.

In conformitate cu art. 30 din Legea pentru înfiinţarea Oficiului Naţional I. O. V. publicat în Monitorul Oficial Nr. 68 din 23 Martie 1926, medicii sanitari sunt obligaţi a da asistenţă medicală gratuită tuturor invalizilor, văduvelor şi orfanilor de războiu.

In conformitate cu dispoziţiile art. 74 din Legea sanitară toţi săracii comunelor se bucură de gratuitate din partea medicilor sanitari.

La fel se bucură de gratuitate toţi bolnavii suferind de boli infecto-contagioase în conformitate cu art. 74, art. 274 şi 280 din Legea sanitară.

Trebue să fie îngrijiţi în mod gratuit bolnavii suferind de boli medico-sociale: tuberculoză, sifilis, paludism, pelagră, conjunctivită granuloasă, blenoragie, etc. în conformitate cu dispoziţiile art. 274, aliniatul 4 din Legea sanitară.

Se examinează şi se tratează în mod gratuit jandarmii şi grăniceri, cari trebuesc examinaţi în mod obligator de câte 2 ori în lună.

Tot în mod gratuit se examinează elevii şcolari întocmindu-se fişe sanitare individuale pentru fiecare elev, în conformitate cu dis-

poziţiile art. 74 litera d) din Legea sanitară şi în conformitate cu ordinele repetate ale Ministerului Sănătăţii.

In mod gratuit se face asistenţa medicală şi controlul copiilor separaţi de mamele lor, în conformitate cu dispoziţiile art. 74 litera c), art. 440 şi 442 din Legea sanitară.

Este obligatorie, în mod gratuit verificarea deceselor şi naşterilor, în conformitate cu art. 74 litera g) din Legea sanitară şi art. 157 aliniatul trei din Regulamentul Legii privitoare la actele de stare civilă.

Se execută în mod obligator, tot gratuit, vaccinările în contra variolei precum şi toate celelalte vaccinări preventive în conformitate cu art. 74 litera h) şi art. 280, aliniatul 3 din Legea sanitară.

In afară de aceste gratuităţi obligatorii, se mai execută tot în mod gratuit o serie întreagă de alte funcţiuni cum sunt: măsurile de poliţie sanitară, ridicarea de probe de alimente şi băuturi, măsuri de sanitaţie, conferinţe şi propagandă pentru apărarea pasivă în contra gazelor, etc., încât îşi poate imagina oricine, că după atâtea gratuităţi obligatorii chiar în timpuri de prosperare economică este aproape exclus să mai poată rămânea ceva pentru practica particulară cu plată a medicului sanitar.

Aproape într'o situaţie identică se găsesc şi ceilalţi medici sanitari, adică medicii de circumscripţie urbană, medicii primari de judeţe, medicii şefi de municipii şi inspectorii generali sanitari, cari chiar prin dispoziţiile din legea şi regulamentele sanitare sunt opriţi dela clientela particulară, prevăzându-se pentru ei în lege o primă de răscumpărare a acestui drept, care primă însă, cel puţin până în prezent, nu s'a achitat niciodată.

Din cele arătate mai sus rezultă deci două constatări definitive şi cari nu mai pot fi contestate:

Că medicii sanitari sunt retribuiţi cu salarii, cari nu le pot asigura nici minimul necesar pentru existenţă şi că aceste salarii sunt mult inferioare salariilor, pe cari le primesc alte categorii de funcţionari ai Statului sau Regiilor Autonome şi cari funcţionari dispun de ani de studiu şi de o pregătire profesională mai redusă decât a medicilor, şi

că medicii sanitari sunt reduşi în existenţa lor la salariul, pe care îl primesc ei ne mai având alte isvoare de câştig.

Dacă mai adăugăm acestui trist tablou şi împrejurarea că medicii sanitari se găsesc în restanţă pentru trecut cu plata salariilor pe mai multe luni, că nu şi-au primit diurnele de deplasare pe perioade extrem de lungi, trebuind totuşi să acopere aceste cheltueli

din salariu şi că nu li se mai achită dreptul la gradaţii de vre-o 4 ani de zile, ne putem face o imagine clară asupra situaţiei tragice, în care se găseşte acest corp de intelectuali. Această situaţie nu se rezumă însă numai la mizeria, în care trebue să trăiască majoritatea covârşitoare a medicilor sanitari, ea nu se limitează numai la degradarea socială a vieţii familiare a acestor intelectuali cu o chemare atât de înaltă, ci ea are repercusiuni grave şi asupra mersului sănătăţii publice din ţară. Bătălia cea mare care trebue să se dea în contra boalelor şi pentru promovarea sănătăţii publice cere soldaţi disciplinaţi, bine hrăniţi şi perfect înarmaţi cu cele mai moderne arme ale ştiinţei, ea cere comandanţi bine instruiţi şi cu deplină independenţă şi autoritate în toate acţiunile ce întreprind. Cu soldaţi rău îmbrăcaţi, flămânzi şi insuficient echipaţi, cu comandanţi veşnic preocupaţi de micile griji ale existenţei de toate zilele, oricâtă bunăvoinţă ar exista şi de oricât elan am dispune, nu se poate duce o luptă sistematică cu sorţi de isbândă deplină. Medicilor sanitari, acestor soldaţi ai sănătăţii publice, trebue să li se creeze o situaţie, care să-i ferească de grijile mărunte ale existenţei, numai astfel putându-şi ei concentra toată energia şi toată puterea de muncă în lupta, pe care trebue să o ducă cu toată vigoarea pentru promovarea sănătăţii publice din ţară. Salarizarea medicilor sanitari este o problemă, care trebue să preocupe deopotrivă, atât Asociaţiile noastre profesionale, cât şi pe factorii conducători ai Statului. De rezolvirea acestei probleme depinde nu numai bunăstarea şi fericirea unei întregi categorii de intelectuali, ci într'o largă măsură depinde chiar bunul mers al sănătăţii publice. Crearea unui corp tehnic al medicilor şi încadrarea acestui corp într'un sistem de salarizare echitabil şi corespunzător, este o necesitate, care trebue satisfăcută servindu-se prin aceasta în primul rând un interes obştesc.

Este de datoria Asociaţiei Generale a Medicilor şi a tinerei Asociaţii a Medicilor sanitari de a lupta pentru aceste revendicări.

Dr. I. Stoichiţia

Un nou preparat „Sandoz“

BELLERGAL

Sedativ eficace al pneomagastricului, simpaticului și a nucleilor centrali.

O dragee conține:

0,0001 Bellafolin
0,0003 Gynergen
0,020 Acid-Phenylaetherbarbituric.

Indicațiuni:

Distonie vegetativă — migrene — Basedow — urticarie — stări nervoase și depresive — transpirații nocturne, etc.

Doze medie:

3—5 dragee divizate în cursul zilei.

Flacon cu 25 și 100 dragee.

SANDOZ **Literatură și eșantioane stau la dispoziție.**

Reprezentanța ptr. București:
Drogueria Nestor
Str. Șepcari 6.

Reprezentanța pentru Cluj:
Drogueria „Royal“
Piața Unirii 26.

FABRICA CHIMICĂ fost „SANDOZ“, Basel (Elveția)

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**
156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIȚIE:

Acest complex cuprinde **diferiți urocolitici** asociați în mod rațional. Acțiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace mărește cuantumul diurezei și în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezența **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAȚIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
Str. Zorilor 2 — BUCUREȘTI.

Arta parfumeriei a atins în anii 1934—35 culmile gloriei

Parfumul şi Apa de Colonie

Chat Noir
Jokey Club
Perle de Paris

Ocupă locurile de frunte între parfumuri şi ape de colonie.

Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu

Comuna Sebeşul de Sus

Comuna Sebeşul de sus este situată în partea de Sud-Est a judeţului sub poalele Carpaţilor cu o populaţie pur românească. Ocupaţia principală a locuitorilor este agricultura şi într'o foarte mică măsură comerţul cu lemne. Condiţiile de traiu sunt submediocre.

Starea culturală a populaţiei este la nivelul mijlociu al comunelor noastre româneşti.

Ancheta s'a executat la 30 Octomvrie 1932, luând parte 19 medici, 1 farmacist, 4 surori de ocrotire, 1 moaşe, 1 agent sanitar, 1 om de serviciu şi 4 persoane din comună.

Comuna are 906 locuitori dintre cari s'au examinat 890, adecă 98.2% din întreaga populaţie.

Constatări generale.

Starea materială a familiilor a fost găsită bună în 19 cazuri (7.9%) mijlocie în 149 cazuri (62.6%) şi rea în 70 cazuri (29.4%).

9.7% a caselor au o singură cameră de locuit, 52.7% sunt cu 2 camere, 34.2% au 3 camere, mai sunt 3 case cu 4 camere şi 4 case cu 5 camere.

In cele 21 case cu o singură cameră locuesc 66 persoane adecă în medie 3 persoane într'o cameră. In cele 114 case cu 2 camere locuesc 471 persoane ceeace ar da 2 persoane pe cameră, în cele 74 case cu 3 camere se află 348 persoane, cu media de 1.5 persoane pe cameră.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg este următoarea:

Grupul 0—14 ani . . 34.5%
Grupul 15—49 ani . . 44.3%
Grupul 50 ani în sus . 20.8%

Avem deci o populaţie tip staţionar cu tendinţă accentuată spre tipul progresiv.

In comună s'au aflat în ziua anchetei 6 persoane trecute de 80 ani, nici o persoană peste vârsta de 90 ani.

Constatări de ordin medical.

Dintre cele 890 persoane examinate s'au găsit 49 bolnavi (5.5%), iar restul sănătoşi.

Tuberculoza s'a diagnosticat în 4 cazuri. Toate cazurile sunt închise, neevolutive, afebrile. Nu s'a descoperit nici un caz de tuberculoză evolutivă, asemenea nici o familie cu mai multe cazuri.

Tuberculoza altor organe nu s'a descoperit.

Sifilisul este reprezentat prin 10 cazuri, toate cazurile au forma clinică latentă, fără leziuni externe.

S'au executat 50 reacţii „Wassermann" dintre cari 40 negative şi 10 pozitive (cazurile de sus).

Tumori maligne nu s'au aflat.

Bolile cordului figurează cu 6 afecţiuni organice şi 2 funcţionale.

Dintre bolile aparatului circulator s'au diagnosticat 4 cazuri, 2 bronşite cronice, 1 pleurezie şi 1 astm bronşial.

Tubul digestiv este reprezentat prin 2 afecţiuni gastrice.

Boli de piele 1, afecţiuni oculare 1, laringene 1, auriculare 4, nasale 2, genitale şi ale căilor urinare 7.

S'au notat 2 surdo-muţi şi 1 guşat.

S'au executat 6 extracţii dentare.

Numărul persoanelor cărora li s'au distribuit medicamente 149.

Cheltuelile acestei anchete a fost de 4606 Lei, adecă 5.0 Lei de persoană examinată.

Comuna Ludoş.

Comuna Ludoş se află la graniţa de Nord a judeţului pe câmpia numită valea Secaşului cu o populaţie pur românească.

Această comună este de obârşie săsească, elementul românesc s'a introdus încetul cu încetul în comună, începând abia din secolul al XVII. Ultima familie săsească a dispărut prin anul 1905.

Ocupaţia principală a locuitorilor este agricultura şi pe o scară mai mică creşterea vitelor. Ambele surse aduc abia strictul minim necesar pentru viaţă. Industrii sau alte mijloace de câştig mai însemnate nu sunt. Populaţia comunei este foarte harnică.

Din punct de vedere cultural se află puţin sub nivelul liniei medie a comunelor româneşti din judeţ.

Ancheta s'a executat în zilele de 20 şi 27 Noemvrie 1932, având în prima zi 21 medici, 1 farmacist, 4 surori de ocrotire, 1 moaşe

şi 3 oameni de serviciu, iar în ziua a doua 15 medici, 1 farmacist, 4 surori de ocrotire, 1 moaşe şi 3 oameni de serviciu. Au dat concursul în ambele ocazii 6 persoane intelectuale din comună.

Numărul populaţiei este de 2330 dintre cari s'au examinat 1709 persoane (73.3%) constatându-se 265 persoane bolnave şi 1444 sănătoşi.

Constatări generale.

Starea materială a familiilor a fost găsită bună în 77 cazuri, mediocră în 125 cazuri şi rea în 167 cazuri.

190 case au o singură cameră de dormit, numărul total al persoanelor în aceste camere este 742, deci revine 3.9 persoane pe o cameră.

In 226 case cu 2 camere se găsesc 1073 ceeace dă o medie de 2.4 persoane pe cameră de locuit.

28 case dispun de 3 camere de locuit, media numărului persoanelor pe cameră aici este de 2.3 persoane, numărul total al persoanelor fiind de 114.

Se mai găsesc 3 case a 4 camere şi 2 case a 5 camere.

Analizând distribuţia populaţiei după scara lui Sundbärg găsim:

Grupul 0—14 ani . . 37.2%

Grupul 15—49 ani . . 43.5%

Grupul 50 ani în sus 19.2%

Deci avem de afacc cu o populaţie tip progresiv.

In momentul executării anchetei se află în comună 7 persoane între etatea 80—90 ani şi o singură persoană trecută de vârsta de 90 ani (94 ani).

Constatări de ordin medical.

Din totalul examinaţilor 265 persoane (15.5%) au fost aflate bolnave, iar 1444 sănătoşi (84.6%).

Tuberculoza s'a găsit în 13 cazuri şi anume: 7 forme pulmonare, 3 osoase şi 1 meningită. Dintre formele pulmonare 2 se aflau în stadiu activ deschise, restul fără manifestaţiuni clinice acute. Tuberculoza osoasă într'un singur caz cu fistulizări deschise.

Sifilisul a fost descoperit în 11 cazuri, toate forme clinice latente, depistate prin reacţia Wassermann.

S'au executat 41 reacţii Wassermann cu numărul de sus de rezultate pozitive.

Dintre tumorile maligne s'a diagnosticat un singur caz de cancer cutanat.

Afecţiunile aparatului respirator au fost găsite în număr de 59 cu bronşite cronice, emfisem, astm bronşial, pleurezii, etc.

Cordul şi vasele dau 15 afecţiuni organice şi 8 funcţionale.

Tubul digestiv este trecut cu 32 afecţiuni gastrice, 2 hepatice şi 9 intestinale.

Afecţiuni ginecologice sunt 19 şi 2 ale căilor urinare.

Afecţiuni nervoase 11 (neurastenie, hemiplegii, coxo, lumbago şi 2 psihopatii.

Aparatul vizual este trecut cu 24 cazuri (conjunctivită, cataractă, cheratită) afecţiuni auriculare 20, nasale 10 şi cutanate 21.

Nu s'a notat nici un caz de boală infecţioasă acută. Guşaţi au fost găsiţi 2, cretini 1 şi alienaţi 2.

S'au executat 35 extracţii dentare şi s'au distribuit medicamente gratuite la 210 persoane.

Spesele anchetei au fost de 12.885 Lei deci Lei 7.4 de o persoană vizitată.

Dr. I. Stoichiţia
Dr. I. Cosma

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA
MIDY
„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriţe de cafea pe zi

J. E. BUCUR 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

Revista cărţilor.

Hotarul tradiţional şi legal al profesiunei medicale, *prof. Dr. M. Kernbach* şi *Dr. N. Romanescu* cu prefaţa de *prof. V. Balthazard-Paris.*

Facultatea de medicină din Cluj a dat dela unire încoace o serie întreagă de manuale didactice pentru studenţi şi medici. Noul titular al catedrei de medicină legală dl Prof. Kernbach, îmbogăţeşte această serie cu una dintre cele mai interesante şi cele mai mult aşteptate cărţi pe care o prezintă studentului, medicului şi marelui public.

In primul capitol sunt redate noţiunile generale asupra ştiinţei medicale fixând locul ce-l ocupă. Urmează capitolul tratând despre vocaţiunea şi aptitudinile celor ce vor să se dedice profesiunei medicale. Acest capitol conţine un material bogat, care nu a fost încă studiat până azi cu toată importanţa lui covârşitoare pentru profesiunea medicală. Pentru cei ce se hotărăsc a trece pragul Facultăţii de medicină acest capitol ar trebui să formeze obiectul unui studiu aprofundat.

Următorul, capitolul uzului şi eticei profesionale şi se închee cu capitolul referitor la organizarea corpului medical.

Felul cum sunt tratate diferitele capitole din această carte justifică pe deplin încrederea cu care s'a primit numirea acestui tânăr savant la catedra de medicină legală şi suntem siguri că competinţa şi puterea lui de muncă va aduce o bogată contribuţie la desvoltarea celei mai dificile ramuri a medicinei, care este medicina legală.

Suntem siguri că preţioasa carte a dlor Kernbach şi Romanescu va fi utilizată cu mult folos de lumea medicală şi de marele public.

Note de Terapeutică.

Spitalul Judeţean, Oradea.
Serviciul Medical.
Medic Primar *Dr Mircea Haliţa.*

Cercetări clinice cu un nou spasmolitic „O C T I N U M".

Aproape că nu există manifestaţiune morbidă unde elementul spastic să nu fie mai mult sau mai puţin responsabil, mai mult acolo unde vorbim de turburări zise funcţionale, sau asociat leziunilor de natura diferită când importanţa sa va varia dela caz la caz, după natura alteraţiunilor anatomo-clinice.

O terapie raţională va trebui deci să aibă în vedere aceşti doi factori: specific şi funcţional, acţionând după cum tabloul clinic este dominat în preponderenţa de unul sau altul din aceşti factori. Alături de turburări organice de natura pur funcţională în terapeutica internă va trebui să atribuim o atenţiune deosebită elementului spastic ori care ar fi etiologia leziunei care ne interesează.

Medicamentul spasmolitic va juca deci un rol preponderent în terapie pe care trebue să o instituim, iar rezultatele vor fi cu atât mai mulţumitoare, cu cât preparatul ales va întruni într'un mod mai complet principiul: ca să aibă maximul de efect şi minimul de nocivitate pentru bolnavi.

Ne stau astăzi la dispoziţie nenumărate din aceste preparate, toate având ca scop dominarea simptomului durere.

Industria modernă tinde din ce în ce spre principii activi, cari să acţioneze asupra simptomului morbid, lăsând la oparte, sau lăsând intact efectele secundare, dăunătoare pentru bolnav.

Un astfel de preparat cu acţiune pur spasmolitică ni s'a pus la dispoziţie de

casa *Knoll* sub denumirea de „*Octinum*“ care pare să întrunească la maximum principiile arătate mai sus. O caracteristică fundamentală a acestui preparat este că fiind un produs sintetic se deosebeşte de preparatele alcaloide şi a cărui acţiune intensă spasmolitică este totuşi lipsită de toate inconvenientele din grupul acesta.

Am avut ocazia ca din cantitatea pusă la dispoziţie să facem unele constatări foarte concludente şi cari ne-au convins că prin preparatul „*Octinum*“ avem la dispoziţie un medicament foarte util în afecţiuni, în cari elementul spasmodic este pe primul plan. Cazurile tratate sunt în număr de 20, la cari efectul acestui preparat a fost cât se poate de mulţumitor.

Accentuăm că acest preparat acţionează aproape exclusiv asupra elementului spastic, astfel încât din rezultatele obţinute am putut trage concluziuni foarte preţioase şi din punct de vedere diagnostic

Din numărul modest de cazuri fac. parte: Litiaza biliară, şase cazuri; Ulcerul gastro-duodenal, unsprezece cazuri; Stenoza pilorica: două cazuri şi un caz de Hydronefroză.

Inainte de a trece la concluziu ile pe cari ni le-am formulat credem util de a da pe scurt observaţiunile câtorva cazuri mai concludente.

In Lytiaza biliară: Cazul Nr. 1. Bolnava de 45 ani, are accese de Colelytiază cari se repetă tot la 5—6 luni. Vine la spital în plin acces. La 15 minute după administrarea unei injecţii subcutanată de Octinum durerile cedează, rezistenţa dispare şi bolnavul se simte bine.

Cazul No. 2. T. E. femee de 49 ani, foarte grasă, vine cu acces de Lytiază biliară. Se administrează 2 cg. Papaverină, durerile se ameliorează puţin şi temporar. Se administrează 1 cc. Octinum subcutan după care durerile dispar complet şi bolnava se simte bine.

Bolnavul B. N. este adus la spital în timpul accesului de Lytiază biliară. Se administrează 1 cc. Octinum subcutan, a 15 minute durerile cedează şi la 1 oră dispare complet. Bolnavul doarme liniştit şi ziua următoare se trezeşte fără dureri.

Cazul No. 4. Soţia unui medic, suferă de mai mulţi ani de Lytiază biliară, având accese destul de frecvente. Până acum întrebuinţa Papaverină sau Pantopon. Acum în caz de durere ia 20 gtte Octinum, după cari se simte foarte bine.

La fel şi în celelalte cazuri de Lytiază biliară Octinum administrat pe cale subcutanată sau per os, a dat rezultate satisfăcătoare.

In cazuri de ulcere gastro-duodenale şi stenoză pilorică: Cazul No. 1. Bolnav de 28 ani, suferă de 2 ani de ulcer duodenal. Este adus noaptea cu dureri îngrozitoare obligat fiind de a lua poziţii forţate. Am administrat 1 cc. Octinum subcutan. La 15 minute durerile se ameliorează şi la 1 oră dispar complet. Dimineaţa se trezeşte fără dureri.

Cazul Nr. 2. Stenoză pilorică care datează de mai multe luni cu vărsături post alimentare. Papaverina fără efect. Administrarea celor 20 picături Octinum de 3 ori pe zi după alimentaţie a readus bolnavul la condiţiuni normale de viaţă, iar la controlul radioscopic se constată o ameliorare evidentă în evacuarea stomacului.

Cazul No. 3. Ulcer al micei curburi care datează de 4 ani. A încercat diferite tratamente fără rezultat. Administrând pansamente gastrice înainte de mâncare şi câte 20 gtte Octinum după mâncare a scăpat bolnavul de dureri.

Cazul No. 3. Bolnav de 3 ani, intră în serviciul nostru constatându-i-se ulcer duodenal. Cu tot tratamentul obişnuit instituit, bolnavul are crize dureroase timp de 2 zile cari s'au calmat perfect după o injecţie de Octinum s. c. Rezultatul se menţine.

La fel şi în celelalte cazuri de ulcere administrarea preparatului Octinum a dat rezultate satisfăcătoare.

Am mai avut un caz unde Octinum ne-a pus pe calea diagnosticului dife-

renţial. Un bolnav cu crize dureroase foarte mari în loja renală dreaptă, făcându-ne să presupunem o Lytiază renală. Administrarea per os şi în injecţii de Octinum nu aduce nici o ameliorare. La pielografie se constată o enormă Hydronefroză, care ne-a explicat eşecul cu Octinum. Aici durerile nefiind cauzate de contracţiuni spasmodice ci de distensiunea bazinetului, asupra căreia Octinum ca şi un spasmolitic ideal, n'a avut nici un efect.

In concluziuni, preparatul Octinum în mâna clinicianului este o armă preţioasă în combaterea durerilor cu origină spastică. Ceeace însă merită o deosebită atenţiune este că faţă de preparatele similare din seria alcaloidelor şi cu acţiune spasmolitică la Octinum efectele secundare sunt aproape inexistente.

Având aceasta proprietate pur spasmolitică poate fi considerat şi ca mijloc de diagnostic diferenţial în multe cazuri dificile.

Dr. Vaina Iosif
medic aux. la serviciul medical.

Contribuţiuni la tratamentul emboliei arteriale, de Profesor *Dr. W. Denk* (dela Clinica II-a Chirurgicală a Universităţii din Viena). Münch. med. Wochenschr. 1934, Nr. 12 Pag. 437.

Embolia arterială este cunoscută tuturor ca fenomen periculos. Intervenţia chirurgicală (embolectomia) cât mai precoce, adică în primele 10 ore dela apariţiunea accidentului, a adus în ultimul timp rezultate foarte demne de luat în seamă. Este deasemenea cunoscut că într'un caz de embolie arterială se produce şi un fenomen spasmodic care strânge artera în jurul embolusului.

Autorul a încercat să înlăture acest spasm printr'o injecţiune intravenoasă de Eupaverină (E. Merck Darmstadt) obţinând în acest mod rezultate îmbucurătoare. Autorul injectează 1—2 fiole (0,03—0,06 gr) intravenos pe cât posibil imediat după apariţia emboliei (cu dureri ce apar bruse într'o extremitate, senzaţiuni de răceală, motilitate redusă sau chiar abolită, paloare cadaverică, dispariţia pulsului la acest nivel). Dacă după aproximativ 1/2 oră se ameliorează circulaţia, simptomele începând să cedeze, se va face după 2—3 ore (după cum durează efectul primei injecţiuni (o nouă injecţiune intravenoasă cu aceeaş cantitate. Se va continua cu cele de mai sus, la intervale, până ce se obţine o restabilire durabilă a circulaţiei, lucru care poate să dureze 3—4 zile. După 2—3 zile se pot mări intervalele dintre injecţiuni. Dacă prima şi a doua injecţiune rămân fără rezultat, se va recurge de urgenţă la embolectomie. Rezultate proaste s'au observat în cazuri învechite (după 24 ore) precum şi la un sistem vascular alterat (scleroză). Totuşi să se facă şi în aceste cazuri cel puţin o singură încercare cu Eupaverină, deoarece în acest timp se pot face preparativele pentru operaţiunea de embolectomie, fără a cauza nici o întârziere cu aceasta.

Tratamentul cu injecţiuni intravenoase de glucoză şi aşa zisul „defect al apei" (Wasserfehler) de *Dr. F. Brockmann*. Halle/S. Deutsche med. Woch, 1934, No. 16, Pag. 615.

Incă de ani de zile s'au impus injecţiunile intravenoase de glucoză pentru tratamentul cardiopatiilor şi turburărilor circulatorii. Autorul însuşi a obţinut rezultate bune cu acestea. In special în cazuri de angină pectorală în urma sclerozei coronarelor, injecţiunile intravenoase de glucoză s'au dovedit a fi foarte bune. Tratamentul trebue continuat cu răbdare, săptămâni întregi. Acţiunea favorabilă durează multă vreme.

Autorul începe cu 10 cmc. dintr'o soluţiune 10% de glucoză şi creşte treptat până la 20 cmc. dintr'o soluţiune 20%, injecţiunile fiind la început mai dese, iar mai târziu numai de 2 ori pe săptămână. Combinarea cu preparate de strophantus, digitala şi altele asemănătoare este foarte recomandabilă.

La urmă este menţionat cunoscutul defect al apei („Wasserfehler"). Fiolele de glucoză ale firmei „Merck" sunt efec-

tuate cu o apă care nu produce acest defect. Autorul de când administrează pacienţilor săi acest preparat, nu a avut niciodată turburări datorite defectului apei (frisoane, febră, vomismente ocazionale).

Aplicaţiunile terapeutice ale gluconatului de calciu (Calcimuse Richter).

Introdus în terapeutică în mod empiric *calciul* a fost supus în ultimul timp unor cercetări de biologie, fiziologie, farmacologie experimentală şi clinică şi cu cât aceste cercetări devin mai numeroase şi mai ample, cu atât mai mult apare justificarea ştiinţifică a întrebuinţării aproape universale a calciului. Ba mai mult, rezultatele cercetărilor indică alte noui aplicaţiuni terapeutice ale calciului respectiv ale sărurilor de calciu.

Aproape că nu există ţesut important sau proces vital în organism unde prezenţa calciului să nu fie necesară şi ca să nu menţionăm decât pe cele mai importante, relevăm rolul calciului în constituirea scheletului osos, în menţinerea tonusului neuro-muscular, în coagularea sângelui, în regularea funcţiunilor inimii, menţinerea echilibrului umoral, etc.

In organism, calciul se găseşte sub formă de fosfat, carbonat şi fluorur de calciu; acestea sunt formele statice ale calciului, forma dinamică, activă, sunt însă *ionii de calciu.*

Metabolismul intermediar al calciului încă nu este pe deplin clarificat, sigur se ştie numai că în acest metabolism intervin şi factorii endocrinieni (paratiroidele, etc.)

Turburările cari necesită aplicarea terapeutică a calciului se pot reuni în două grupuri mari: în primul grup intră tablourile morbide rezultate din lipsa calciului în organism — lipsă datorită fie unui aport insuficient, fie unei turburări a metabolismului; în aceste cazuri de adevărată „carenţă" de calciu, calciterapia are un rol de substituire. In acest grup putem aşeza turburările în desvoltarea şi refacerea scheletului şi a dinţilor, turburările în coagularea sângelui, turburările tonusului neuro-muscular datorite hipocalcemiei, decalcifierea din timpul sarcinei şi lactaţiei, deasemenea putem aşeza în acest grup leziunile tuberculoase a căror cicatrizare este intens favorizată de un aport mărit de calciu.

Celălalt grup cuprinde aproape toată patologia şi aici calciul acţionează mai mult indirect prin multiplele modificări pe cari le produce în toate celulele organismului (acţiunea „omnicelulară" descrisă de Starkenstein). Şi aici menţionăm indicaţiunile cele mai importante: graţie acţiunei inhibitorii asupra parasimpaticului, calciul constitue remediul prin excelenţă a stărilor de vagotonie (astm, rinite vasomotorice etc.; acţiunea sa antitoxică îl indică în toate dermatozele de origine toxică (urticarie, eczeme, pruriturі de diverse origini, erupţii serice, reacţiuni de intoleranţă faţă de preparate arsenobenzolice. Calciul diminuă dispersitatea coloidelor şi scade permeabilitatea vasculară; graţie acestei proprietăţi este indicat în tratamentul proceselor inflamatorii — în special în pneumonie, eficacitatea calciului se datoreşte şi faptului că măreşte puterea de fagocitare a leucocitelor (Hamburger); calciul este antagonistul sodiului, acesta este hidratant, calciul din contră deshidratant; de aci justificarea şi explicaţia succeselor obţinute cu calciu ca diuretic; ca sedativ al sistemului nervos central, calciul aduce servicii foarte bune în toate cazurile de hiperexcitabilitate nervoasă. Calciul sensibilizează miocardul faţă de digitală, mărind şi accelerând efectul acesteia. Ca antidot al cocainei (Giussani), calciul este indicat în mod preventiv în toate cazurile operate sub anestezice de cocaină.

Inainte vreme, sărurile de calciu erau administrate pe cale bucală, aveau însă inconvenientul că pe de o parte iritau tubul digestiv, după o întrebuinţare chiar nu prea îndelungată, pe de altă parte, efectul se producea mult mai încet.

A urmat apoi era injecţiunilor cu săruri de calciu şi anume, cu clorur de

calciu. Această sare avea marele avantaj că acţiona foarte prompt, dar acest avantaj era pus în umbră de multiplele inconveniente pe cari le provoca.

In primul rând nu putea fi administrat decât intravenos; chiar şi o picătură în ţesutul subcutanat sau muscular provoacă infiltraţiuni dureroase, inflamaţiuni sau chiar necroze grave.

Ori ştim că la foarte multe persoane reţeaua venoasă este absolut inabordabilă, aşa încât trebue să renunţăm la injecţia intravenoasă, dacă nu vrem să provocăm inflamaţiuni grave sau necroze. Pe de altă parte, chiar la pacienţii cu vine bune, injecţiile repetate cu clorur de calciu, duc la sclerozarea lor.

A fost deci necesară găsirea unei combinaţiuni a calciului care, introdus în organism pe cale bucală să nu provoace turburări gastro-intestinale, iar în ţesutul muscular sau chiar subcutanat să nu dea naştere la infiltraţiuni, necroze sau paralizii nervoase aşa cum se întâmplă cu sărurile întrebuinţate anterior.

Această combinaţiune este *gluconatul de calciu* sau sarea de calciu a acidului gluconic. Fabrica Richter comercializează acest preparat sub numele de *calcimusc* şi anume în fiole de 5 şi 10 cm.^{3}; soluţia corespunzând cantităţii de 0,10 gr. calciu metalic la 10 cm.^{3}

Am întrebuinţat *calcimusc* administrat atât intravenos, cât şi intramuscular în toate ocaziunile cari necesitau acest medicament, iar rezultatele obţinute au fost totdeauna din cele mai bune.

Avantajele pe cari le prezintă acest preparat pot fi rezumate după cum urmează:

— Injecţiunile intravenoase sunt urmate de un efect rapid fără să provoace turburări; se observă cel mult uşoare fenomene de vasodilataţie periferică.

— Chiar întrebuinţat un timp mai îndelungat nu sclerozează vinele.

— Injecţiunile intramusculare sunt absolut nedureroase; Calcimusc nu produce infiltraţiuni dureroase nici necroze.

— Rapiditatea cu care se instalează efectul se datoreşte faptului că Calcimusc este un gluconat de calciu care în organism se dedublează uşor în calciu şi acid gluconic.

In ce priveşte alegerea modului de administrare, suntem de părere că acest preparat să fie administrat intravenos în toate cazurile în cari avem nevoe de un efect imediat (hemoragii de orice natură, astm, urticarie, tetanie, etc.), iar intramuscular în toate celelalte cazuri unde calciul este indicat, precum şi la bolnavii cu vine inaccesibile.

Dr. Pop.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

Şedinţe ştiinţifice

In ziua de 15 Mai 1935, ora 6 p. m. a avut loc la Institutul Obstetric şi Ginecologic o şedinţă ştiinţifică la care s'a prezentat demonstraţii de cazuri de către următorii d-ni:

Dr. C. Banu: Anus contra naturii spontan după hernie incarcerată, operat şi vindecat.

Prezintă pe un cioban care înainte cu patru săptămâni face o încarcerare a herniei pe care o avea de mai mulţi ani. Neglijând de a veni la spital se produce în urma gangrenei intestinului o fristulă stercorală care comunică în regiunea inghinală cu exteriorul. Bolnavul rămâne în această stare 2 săptămâni şi din cauza fistulei este extraordinar de emaciat. Văzând că nu se vindecă vine la spital.

I se face rezecţia anusului contra naturii şi o anastomoză a intestinului termino-terminală. La 5 zile se produce o nouă fistulă stercorală prin dehiscenţa suturii intestinului anastomozat.

Bolnavul este examinat şi pentru a nu se emacia prea profund se intervine din nou făcându-se o înfundare a dehiscenţiei suturei şi o nouă anastomoză latero-laterală la distanţă.

La 12 zile după ultima intervenţie bolnavul este mult refăcut, plaga vindecată, fistula stercorală dispărută, iar la 3 săptămâni este complect vindecat.

Comentează raritatea cazurilor de rezolvare atât de favorabilă a herniilor incarcerate neglijate şi insistă asupra importanţei alegerei momentului operator şi a pregătirii preoperatorii la bolnavii emaciaţi şi intoxicaţi. Arătând că fenomenele de intoxicaţie în cazurile de ocluzie intestinală se datoresc în parte rezorbţiunii toxinelor din tractul intestinal, pe de altă parte carenţiei de cloruri de sodiu.

Aceste fenomene se combat prin administrarea de ser fiziologic în injecţii fie insubcutanate când serul este izotonic, fie intravenoase când se administrează ser hipertonic.

Dl Dr. Dumitrescu Atanasie, medic secundar al spitalului militar Sibiu, prezintă 3 cazuri de pericardite cu lichid. Citeşte foile de observaţie şi arată că este vorba de recruţi sosiţi bolnavi de acasă. La 2 din ei boala a survenit lent. Al 3-lea caz este un soldat internat în spital cu diagnosticul de bronşită cronică. La intrare se plânge de dureri în torace şi tuse, e subfebril. Aria matităţii cordului nu e mărită. La ascultaţie se percep frecături pericardice sincrone cu bătăile cordului. A doua zi dela intrare bolnavul prezintă brusc o stare de agitaţie mare, cu senzaţie de constricţie toracică şi jenă în respiraţie, dispnee mare, cianoză intensă a feţei. Bolnavul ia diferite poziţii pentru a-şi calma fenomenele. La examenul cordului nu găsim nimic deosebit, afară de frecături pericardice. I se administrează tonice cardiace, repaus absolut. Această stare nu cedează de loc şi a 4 zi dela intrarea în spital, intră în comă şi sucombă.

După cum vedem, nu am putut găsi semne de lichid în pericard, deşi aci avem de a face cu o pericardită uscată, cu un revărsat brusc care a dus la desnodământul fatal. In acest caz e vorba de o pericardită tuberculoasă subacută cu revărsat brusc.

Face o scurtă privire asupra etiologiei, patogeniei şi anatomia patologică a pericarditelor. Descrie pe larg simptomatologia în pericarditele uscate cât şi în cele cu epanchement Pronosticul depinde de circumstanţe diverse. Este însă destul de rezervat mai ales când pericardita e asociată şi cu o miocardită. Arată principalele tipuri etiologice şi anatomo-clinice ale pericarditelor, insistând în special asupra pericarditei reumatismale şi tuberculoase care sunt cele mai frecvente.

La capitolul tratamentului arată avantajul şi desavantajul punctiilor pericardice. Descrie toate procedeele preconizate pentru puncţie şi arată că cele mai bune sunt: Procedeul epigastric şi extramamar stâng. Procedeul extramamar stâng e combătut însă cu toată vehemenţa de către Blechman, care spune că prezintă maximum de pericol şi minimum de avantaj.

El spune că dacă se evită înţeparea cordului se perforează pleura. Cel mai bun procedeu deci este cel epigastric imaginat de Larrey şi pus în lumină de către Marfan. E cel mai sigur mijloc de a merge la epanchement, de a evita rănirile arterelor mamare şi a pleurei.

Dr. C. Ivan, medic sec. al serviciului chir. dela spitalul public prezintă un caz de ulcer stomacal perforat după 3 zile. Din foaia de observaţie se constată că bolnavul a fost un gastric vechiu, care însă a fost tratat mai mult de sifilis, constatându-se reacţia Wassermann pozitivă.

Bolnavul intră în sec. chir. cu fenomene de sindrom abdominal acut, având însă antecedente gastrice şi boala actuală având un debut brusc şi cu fenomene alarmante, se decide pentru intervenţia chirurgicală care se face de urgenţă. Prin incizie mediană supra ombilicală se deschide cavitatea abdominală, unde se constată un ulcer stomacal perforat mascat de false membrane, după înlăturarea falselor membrane se constată o perforaţie a micei curburi în apropiere de pilor de mărimea unei piese de un leu. Se închide perforaţia printr'o sutură a peretelui stomacal care se protejază cu micul epiploon. Pentru asigurarea unui bun drenaj se face şi o gastro-entero-anastomoză post. Sub ficat se constată un abces care se drenează. Mersul post operator normal, bolnavul părăseşte spitalul vindecat.

In legătură cu acest caz se scot în evidenţă două lucruri importante; întâi ulcerile stomacale care au la bază o infecţie sifilitică sunt cu mult mai expuse perforaţiei; în al doilea rând că pentru a evita o tensiune stomacală este foarte bine în interesul bolnavului ca pe lângă sutura perforaţiei şi drenaj larg să se facă şi o gastro-entero-anastomoză care asigură un bun drenaj al alimentelor. Chiar datorită acestui fapt crede că bolnavul a scăpat deşi a fost operat abea a treia zi după perforaţie când este ştiut că procentul de mortalitate este extraordinar de mare.

Dr. Mavru Aurel. Fibroadenoame-cervicale cu un caz clinic.

După trecerea în revista a patogeniei, anatomo patologiei și a diagnosticului diferențial, D-sa arată că tratamentul chirurgical consistând din extirpare este cel mai logic și este susținut de toți chirurgii.

Mai prezintă încă 2 cazuri de sifilis terțiar al tibiilor cu gome, tratate ani dearândul în particular prin alte mijloace decât tratamentul antisifilitic, ce aproape au vindecat leziunile cutanate în timp de o lună dela internarea acestor bolnavi în spital.

Insistă asupra importanței anchetelor sanitare și urează ca aceste anchete să se extindă în intreaga țară ceeace ar ajuta mult la depistarea și tratarea la timp a unor astfel de cazuri.

In ziua de 21 Iunie 1935 s'a ținut o a doua ședință științifică prezidată de dl Insp. Gen. San. Dr. I. Stoichiția cu demonstrări de cazuri de către D-nii:

Dr. Preda, Dr. Ionașiu și Dr. Stoenescu: *„Un caz de halucinoză cronică cu multiplă personalitate".*

Este prezentat un bolnav care prezintă ca simptom fundamental halucinațiuni bogate vizuale și auditive, halucinațiuni de a căror irealitate este conștient. Halucinoza sa are un caracter de compensare a inferiorităților lui: impotent în realitate, pacientul în halucinoze este un cuceritor în luptă pentru femei. In timpul halucinozei el se vede pe el însuși fie persecutat, fie în lupte, este deci în acelaș timp actor și spectator al propriului produs mintal.

Dr. Dumitrescu Atanasie, medic secundar al spitalului Militar Sibiu, prezintă două cazuri de diabet insipid. Citește foile de observație din care reese că în primul caz este vorba de un sindrom caracterizat prin o poliurie și polidipsie marcată. Bolnavul ingeră 11—12 litri de apă în 24 ore și urinează tot cam atâta cantitate. Acest bolnav mai prezintă și exostoze multiple ale ambelor femure și tibii.

Bolnavul are sete mare ar bea aproape continuu și simte că setea tot nu se potolește. Nu are polifagie. Nu prezintă nimic organic. Urinele nu conțin albumină, toate celelalte elemente normale.

Fenomenele de poliurie și polidipsie au apărut în toamna anului 1933 când spune că ar fi suferit un traumatism, lovindu-se cu capul de tocul unei uși. La ex. radiologic nu se constată nimic deosebit.

Bolnavul este supus la tratament, făcându-i-se toate probele. I se dă regim declorurat și după 2 săptămâni urinează numai 7—8 litri în 24 ore. Regimul declorurat și persuasiunea au influențat foarte mult poliuria și polidipsia. Celelalte metode de tratament au influențat foarte puțin sau de loc.

In urma acestor constatări am etichetat acest caz ca o simplă poliurie funcțională, susceptibilă de vindecare, cu condiția însă ca bolnavul să fie supravegheat de aproape și să aibă multă încredere în noi.

Al II-lea caz *internat în spital, cu aceleași fenomene însă mult mai marcate. Urinează 21—22 litri în 24 ore și bea 20—21. Tot așa nu prezintă*

nimic organic sau din partea şelei turceşti.

Primele fenomene au apărut la 13 ani. Are sete foarte mare, bea chiar 2—3 litri odată. Declară că de multe ori şi-a băut chiar urina, când fiind pe câmp nu avea unde găsi apă. Pus la toate probele, dându-i regim declorurat, făcându-i sugestie, poliuria şi polidipsia nu se modifică decât f. puţin. Bolnavul este în curs de examen pentru a stabili definitiv cu ce anume sindrom avem de aface.

După ce citeşte foile de observaţie, face o scurtă privire asupra etiologiei diabetului insipid arătând ca factori: hereditatea, traumatismele, leziuni interesând baza creerului şi ventriculii, toxiinfecţiunile, tumorile reg. hipofizotuberiene şi emoţii puternice. Insistă asupra simptomatologiei arătând că predomină 2 elemente: poliuria şi polidipsia. Poliuria poate fi de 10—15 şi chiar mai mulţi litri în 24 ore. Bolnavul nu prezintă nimic organic, are stare generală bună.

In privinţa patogeniei diabetului insipid arată că sunt 2 teorii: 1. hipofizară, 2. Nervoasă.

Teoria nervoasă bine pusă la punct de Camus şi Roussy e cea mai plauzibilă. Ei arată că leziunea în diabetul insipid nu e în hipofiză ci în reg. infundibulo-tuberienă.

Trece apoi la diagnosticul diferenţial care e de o importanţă covârşitoare aici. Fiecare caz care prezintă aceste fenomene trebue bine studiat pentru a putea spune cu certitudine dacă avem de a face cu un diabet insipid sau o simplă poliurie funcţională, ştiind că diabetul insipid constitue o infirmitate, pe când o poliurie funcţională se vindecă cu un tratament bine condus.

In ceeace priveşte tratamentul, în aceste sindrome se institue repaus şi alimentaţie reconstituantă: antipirină, valeriană, opiacee. Se fac injecţii cu hipofizină care are o acţiune imediată însă de scurtă durată în diabetul insipid. Poliuria funcţională nu o influenţează. Puncţia lombară diminuă poliuria în diabetul insipid, nu are nici o acţiune în poliuria funcţională.

Reducerea lichidelor nu e posibilă în diabetul insipid pe când în poliuria funcţională le putem reduce atâta de mult încât putem avea vindecări chiar numai în acest mod.

Sugestia dă cele mai bune rezultate în poliuria funcţională. In diabetul insipid nu are nici un efect.

***Dr. C. Ivan** medic secundar al serviciului chir. dela spitalul public prezintă 3 cazuri de ulcere stomacale operate. Citeşte foile de observaţie din cari reese că toate trei cazurile au avut antecedente gastrice cari variau între 2—20 ani. Fiind stabilit diagnosticul atât prin simptomele clinice de laborator, cât şi radiologic se face intervenţie chir. de către Dl Doc. Dr. O. Filipescu, medic primar al serv. chir. ajutat fiind de către Dr. Ivan. In două cazuri fiind ulcere pilorice se face rezecţie întinsă Reichel, iar într'un caz fiind vorba de un ulcer pe cardie se face excizia ulcerului şi refacerea tractului gastric în sens longitudinal. Mersul post operator la doi dintre bolnavi e normal; unul cu ulcer piloric are vărsături abundente în pri-*

mele zile din care cauză a 10 zi face o fistulă duodenală, e de remarcat în acest caz că la intervenţie s'a constatat o inflamaţie întinsă a ţesuturilor din jurul ulcerului, ceiace iarăş a contribuit într'o largă măsură la formarea fistulei. Se face tratament adecvat acestui caz şi bolnavul scapă părăsind serviciul complect sănătos.

Dl Dr. Ivan face o reprivire asupra indicaţiunilor operatori în materie de ulcere stomacale şi remarcă principiile pe care le urmează şcoala medicală din Cluj de sub conducerea Dlui prof. Haţieganu cari sunt: orice ulcer stomacal care pe lângă simptomele clinice şi de laborator mai are şi semne radiologice aparţin chirurgiei, ulcerile cari nu prezintă nici un semn la ecran însă care nu dispare după două cure medicale cu un repaus de 6 săptămâni iarăşi aparţin chirurgiei. Aceste principii se pot foarte bine aplica mai ales ţinând seama şi de indicaţiunile sociale, când trebue redată sănătatea acestor bolnavi cât de repede.

In ce priveşte metodele de aplicat rezecţiile sunt întotdeauna de preferat, dând o vindecare definitivă. Numai unde sunt contraindicaţii din partea altor organe se aplică metode paliative. Aceste sunt principiile de care se conduce serviciul chir. în materie de stomac.

Ancheta medicală la liceul „Gh. Lazăr".

In cursul lunii Mai 1935 s'a făcut de către Dnii Insp. Gen. San. Dr. Stoichiţia, Med. Prim. Dr. Manta, Med. Primar Dr. Cosma, Med. şcolar Dr. Ivan şi Dr. Stanciu, o anchetă minuţioasă a pulmonului la Röntgen la toţi elevii liceului.

Aceasta la stăruinţa directorului liceului Dl Prof. Niculescu şi a medicului şcolar care în decursul anului a depistat 3 cazuri de tuberculoză pulmonară deschisă pe cari le-a izolat fie în sanator, fie la domiciliu.

In urma acestei anchete s'a constatat cu bucurie că starea pulmonară a elevilor este mai mult decât mulţumitoare. Dintr'un număr de 515 elevi examinaţi s'a găsit 403 adică 78,25% complect sănătoşi şi numai 112 adică 21,75% cu leziuni uşoare pulmonare, în cea mai mare parte inactive şi calcificate. Astfel s'au găsit hipertrofii hilare 10,29%, complex primar cicatrizat 5,43%, infiltrate perihilare 1,16, Scleroza vârfurilor 1,16%, infiltrate pulmonare 0,19%. aderenţe pleurale 2,52.

La fiecare elev s'a introdus în fişa sanitară individuală starea radiologică a pulmonului. iar la cei cari s'au găsit leziuni li s'a prescris totodată şi tratamentul de urmat. Se lansează ideia de a se ţinea o conferinţă în care să se discute măsurile de intensificare a igienei şcolare.

Conferinţa preliminară dela liceul „Gh Lazăr".

In ziua de 8 Iunie 1935 s'a ţinut la liceul „Gh. Lazăr" o conferinţă sub preşidenţia Dlui Vătăşianu la care au participat directorii dela şcolile secundare şi Dnii Dr. I. Stoichiţia insp. gen. san., Dr. I. Sturza medic prim. de oraş, Dr. Cosma med. primar de jud., Dr. Ionaş şi Dr. Ivan medic

şcolar. La această conferinţă s'a discutat intensificarea măsurilor de igienă şcolară; pentru aceasta s'a hotărât să se convoace la Sibiu un congres la care să participe: medici, directorii tuturor şcolilor din Sibiu cu comitetele şcolare şi să se invite şi Dl Bratu Dir. gen. al Ins. şi Dl Ştefănescu Goangă Rectorul Universităţii Cluj.

Punctele cari se vor discuta la acest congres sunt următoarele: a) *Locuinţa elevilor;* b) *igiena claselor de învăţământ;* c) *dispensarul şcolar;* d) *surmenajul elevilor;* e) *orientare profesională şi instrucţia defectuoşilor;* f) *educaţia elevilor.*

Conferinţele ţinute în cadrele Astrei de Domnii medici.

Sebeşul de jos, 7 Octomvrie 1934: Dr. L. Ionaşiu, Despre conştiinţa naţională; Dr. Lungu, Apărarea contra boalelor infecţioase.

Boiţa, 13 Ian. 1935: Dr. I. Cosma, Anchetele sanitare; 10 Martie 1935: Dr. I. Cosma, Vindecarea boalelor; 24 Martie 1935: Dr. Lungu, Ravagiile tuberculozei.

Daia, 14 Aprilie 1935: Dr. Lungu, Soarele şi binefacerile lui.

Cristian, 12 Mai 1935: Dr. Lungu, Alcoolismul şi urmările lui.

Turnişor, 12 Mai 1935: Dr. Mavru, Higiena mamei şi a noului născut.

Tălmaciu, 19 Mai 1935: Dr. C. Ivan, Combaterea tuberculozei.

Alămor, 21 Mai 1935: Dr. L. Ionaşiu, Sfaturi medicale la tusa convulsivă, pojar, etc.

Ocna-Sibiului, 21 Mai 1935: Dr. N. Dumitru, Sfaturi sanitare.

Poplaca, 21 Mai 1935: Căp. Dr. Popescu-Sibiu, Căile de înbolnăvire.

Boiţa, 2 Iunie 1935: Dr. Iosif Stoichiţia, Importanţa dispensarului; Dr. I. Cosma, Sfaturi sanitare; Dr. L. Ionaşiu, Astra şi Şoimii Carpaţilor.

Boz, 2 Iunie 1935: Dr. Lungu, Sfaturi medicale la boalele de stomac.

Loamneş, 2 Iunie 1935: Dr. Nicolae Dumitru, Boalele sociale şi vindecarea lor.

Tălmăcel, 6 Iunie 1935: Dr. Iosif Stoichiţia, Dispensarul „Astra" şi sora de Ocrotire; Dr. I. Cosma, Sfaturi medicale pentru păstrarea sănătăţii; Dr. Liviu Ionaşiu, Astra şi conştiinţa naţională.

Hosman, 29 Iunie 1935: Dr. Popescu-Sibiu, Boalele sociale şi vindecarea lor.

Vaccinări antidifterice şi scarlatinoase. *Din 15 Martie până în 20 Aprilie s'au făcut în oraşul Sibiu vaccinări antidifterice şi scarlatinoase la un număr de 4818 copii de către medici de circumscripţia urbană ajutaţi de medicii şcolari sub conducerea Dlui Dr. I. Sturza medic primar de oraş. Marea majoritate a copiilor a suportat foarte bine aceste vaccinări, afară de uşoare reacţii cu ascensiuni termice nu s'a constatat nici un accident.*

Infiinţarea dispensarului dela Boiţa. *In ziua de 2 Iunie c. s'a inaugurat dispensarul „Astrei" din Boiţa în prezenţa Dlui Prefect Regman, Ins. Gen. San. Dr. I. Stoichiţia, Deputat Dr. Piso, Dr. Cosma, Dr. Ionaşiu, Dragomir rev. şcol. şi Deputat Ciolan în prezenţa acestora asistând un număr mare a populaţiei*

comunei în frunte cu toți intelectualii din comună. După serviciul religios părintele Drahora *salută pe cei prezenți și roagă să dea toată atenția acestui dispensar menit a aduce un ajutor efectiv pentru suferinzii mulți din aceasta parte a județului. Dl* Dr. Cosma *arată importanța dispensarului și colaborarea prețioasă a „Astrei", intelectualilor comunei, Insp. Gen. San. și Prefecturei în realizarea acestei opere de asistență medicală, promițând tot concursul care-l va da serviciul sanitar jud., Dl Insp. Gen. San.* Dr. Stoichița *arată rolul important ce-l joacă dispensarul în sănătatea publică și promite concursul prețios al Dsale și pentru viitor. Dl Prefect* Regman *își exprimă mulțumirea sa că în județul Sibiu a luat naștere un dispensar de o mare importanță și asigură toată solicitudinea județului pentru ducerea la bun sfârșit a acestei opere.*

După aceasta solemnitate s'a servit o masă oaspeților pin partea comunei.

Dela filiala Sibiu a societății de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie.

S'au ținut următoarele ședințe:

6 Aprilie prezidează: dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

Farmacist Banu: *„Expunerea rezultatelor obținute prin analiza biochimică a umorilor la epilepticii Spitalului de boale mintale Sibiu".*

12 Aprilie a. c., prezidează dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

Farmacist Banu: *Continuarea expunerii din 6 Aprilie. Discuția rezultatelor.*

19 Aprilie a. c., prezidează dl Dir. Dr. L. Ionașiu.

S. Cupcea: *„Prezentarea unui caz de expertiză psihologică asupra nivelului mintal".*

12 Mai a. c., prezidează dl Director Dr. L. Ionașiu.

S. Cupcea: *„Metodele experimentale pentru punerea în evidență a complexelor" (cu demonstrațiuni experimentale).*

29 Mai a. c., prezidează: dl Dir. Dr. L. Ionașiu.

Dr. T. Stoenescu: *Noile cercetări asupra rolului hipofizei în patologia mintală".*

7 Iunie a. c., prezidează dl Director Dr. L. Ionașiu.

S. Cupcea: *„Tipurile psihologice: Introversiunea și Extraversiunea".*

13 Iunie a. c., prezidează dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

Dr. G. Preda: *„Impresii și observații asupra realizărilor practice din domeniul igienei și profilaxiei mintale în America și Germania". (Note făcute cu ocazia unei călătorii de studii).*

Dl Dr. G. Preda arată în conferința D-sale directiva socială pe care o are psihiatria atât în America, cât și în Germania. Tendința principală este: prevenirea boalei prin organizația socială și ameliorarea capitalului uman al națiunii. In vederea atingerii acestui scop, psihologia experimentală s'a dovedit de o utilitate primordială. Conferențiarul expune felul cum se utilizează metodele psihologiei experimentale în Germania și prezintă o serie de teste aduse pentru a fi aplicate în Spitalul de sub conducerea D-sale.

CHINOIN·S·A·

Contra afecţiunilor inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor, în toate cinci continente:

TRANSPULMIN

Chinină bazică şi camfor, solvate în oleiuri eterice.
Injecţiuni absolut indolore: aplicare intramusculară.

„Transpulmin este o inovaţie aşa de importantă în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală". *(Prof. G. von Bergmann).*

Cutii orig. conţinând 10 fiole à 1 cmc., 5 sau 10 fiole à 2 cmc. şi flac. orig. de 15 cmc.

REPREZENTANŢA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S·A· BUCUREŞTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

Douce France - Océan Blen - Amaryllis

şi noua creaţie

Colonia FUMÉE

de o nuanţă inedită

Parfumerie LUBIN — Paris

Concesionară exclusivă: PARFRAM S. A. R., BUCUREŞTI, VASILE LASCAR 209.

Apa de Colonie Rival de Ravel

în afară că are un miros bărbătese, distins şi pătrunzător

fiind făcută exclusiv pe bază de esenţe naturale şi având 80% alcool este indicată minunat la frieţiuni în special după baie.

KNORR

Alimente tonice reconstituante, fortifiante şi de regim

Pentru

COPII ŞI ADULŢI

anemici, debili, reconvalescenţi

boli de stomac, ficat, rinichi, plămâni

vindecă repede!

Recomandaţi

Cacao de ovăz
Fulgii de ovăz
Făina de ovăz
Grisul de ovăz

Knorr

Făinuri din orez, orz şi porumb
Tapioca şi Sago. — Numai

KNORR

Al treilea Congres Național de Tuberculoză.

In zilele de 16, 17 și 18 Iunie 1935 s'a ținut la Iași al 3-lea Congres Național de Tuberculoză sub președenția Domnului Ministru al Să ătății Dr. I. Costinescu.

Congresul a fost foarte bine pregătit de către Comitetul local în frunte cu Dl Profesor Dr. Slătineanu, profesor Dr. Bălteanu și conferențiar Dr. Alexă cari au depus o muncă deosebită pentru buna lui reușită. Au participat circa 500 de medici din toate regiunile țării; s'au făcut rapoarte de o deosebită importanță pentru o mai bună organizare a luptei anti-tuberculoase și s'au cetit un număr extraordinar de mare de comunicări științifice privitoare la tratamentul și combaterea tuberculozei.

Ședința festivă a Congresului s'a deschis în sala Teatrului Național din Iași prin cuvântarea Domnului Profesor Dr. Bălteanu, înlocuitorul Dlui Prof. Dr. Slătineanu care a lipsit din cauză de boală. După cuvântul de deschidere al Dlui Profesor Dr. Bălteanu, ia cuvântul Dl Ministru Dr. I. Costinescu mulțumind tuturor participanților pentru interesul ce-l arată problemei tuberculozei și aducând un prinos de recunoștință memoriei regretatului Profesor Dr. Cantacuzino, din a cărui inițiativă a luat ființă Liga Națională în contra Tuberculozei. D-sa arată rostul Ligei anti-tuberculoase și a societăților de profilaxie; face un succint istoric al mișcării anti-tuberculoase din România; arată realizările de până acum în domeniul luptei anti-tuberculoase și schițează un vast și bogat program de activitate care se găsește în curs de realizare.

După cuvântarea Dlui Ministru Dr. Costinescu salută Congresul D-nii: Traian Bratu în numele Universității ieșene; General Dr. Pârvulescu în numele Ministerului Armatei; Preot Nonea în numele Mitropolitului Moldovei; I. Zipa, prefectul Județului Iași; Profesor Dr. Mihai Ciucă în numele Facultății de Medicină din București; Profesor Dr. Marius Sturza în numele Facultății de Medicină din Cluj; Prof. Dr. Grațoschi în numele Facultății de Medicină din Iași; etc. etc.

După terminarea cuvântărilor orchestra simfonică „Gheorghe Enescu" a executat „Simfonia" neterminată de Schubert.

La ora 12 ședința festivă luând sfârșit, participanții în frunte cu Dl Ministru Dr. I. Costinescu au vizitat în palatul fostului Hotel „Traian"

grandioasa expoziţie anti-tuberculoasă organizată cu multă pricepere de către Institutul de Igienă din Iaşi.

In şedinţa de după masă s'au prezentat Congresului două rapoarte interesante şi anume raportul Dlui Dr. S. Irimescu despre „Diagnosticul precoce al tuberculozei. Starea actuală a asistenţei tuberculoşilor din România" şi raportul Domnilor Profesori Dr. Bălteanu şi Dr. A. Toma despre „Rolul dispensarului în cadrul armamentului anti-tuberculos".

Au făcut apoi diferite comunicări D-nii Profesori Dr. Slătineanu, Dr. I. Alexă, Dr. E. Alexă şi Dr. R. Bălteanu despre „Sensibilitatea cutanată la tuberculină la copiii vaccinaţi cu B. C. G. pe cale bucală"; Prof. Dr. Graţoschi, Dr. E. Alexă şi Dr. E. Hurmuzache despre „Vaccinarea preventivă cu B. C. G. pe cale subcutanată la copiii din creşa clinicei infantile Iaşi"; Profesor Dr. Bălteanu, Dr. E. Alexă şi Dr. E. Manoliu despre „Cauze de eroare în interpretarea rezultatelor premunizării cu B. C. G."; Docent Dr. Daniello Cluj despre „Morbiditatea tuberculozei într'o comună rurală din Munţii Apuseni".

Luni, 17 Iunie, ora 8 a. m., s'a prezentat Congresului rapoarte despre Chrysotherapia tuberculozei pulmonare *de către D-nii Dr. S. Irimescu, Dr. L. Daniello şi Dr. H. Teodoreanu. La ora 11 a. m. Dl Dr. S. Irimescu a ţinut o conferinţă publică despre:* Tratamentul tuberculozei. *După masă s'au vizitat diferite instituţii.*

Marţi, 18 Iunie, 8 dimineaţa s'a vizitat câteva instituţii sanitare din Iaşi. La ora 10 a. m., s'a prezentat Congresului raportul Dlui Prof. Dr. M. Sturza: Climatoterapia tuberculozei cu privire specială la climatologia României, *şi coraportul D-nilor Dr. N. Vlădescu, Dr. V. Climescu şi Dr. E. Hurmuzache despre:* Staţiunile de cură şi altitudine. *Staţiunile de cură maritimă. D-na Z. Costriş a conferenţiat despre:* Rolul surorii de ocrotire în lupta contra tuberculozei.

După masă se citeşte o serie întreagă de comunicări de către Dnii: Dr. Nasta, Prof. Dr. Niculescu, Prof. Dr. Puşcariu, Prof. Dr. Graçoski, Insp. Gen. San. Dr. Bulău, Medic Gen. Dr. Pârvulescu, Dr. Zolog, Dr. Râmneanţu, Dr. Prodan, Doc. Dr. Iancu, Dr. Căpitanovici, Dr. Marinescu, Dr. V. Dumitraşcu, Dr. Bălănescu, etc.

Inainte de închiderea congresului s'a votat următoarea:

Moţiune

Participanţii celui de al treilea congres de tuberculoză luând cunoştinţă de programul de lucrări al Ligii antituberculoase expus de dl Ministru al Sănătăţii îşi exprimă întreaga satisfacţie de a vedea crescând bugetul destinat luptei antituberculoase şi roagă pe dl Ministru a primi expresiunea întregei lor gratitudini.

Din lucrările congresului reese o serie de încheeri pe care le prezintă respectuos dlui Ministru şi-l roagă să ţie seama de cele în măsura posibilităţilor materiale puse la dispoziţie: înfiinţarea pe lângă facultăţile de medicină a unei catedre de fiziologie şi epidemiologie tuberculoasă educaţiei medicale a studenţilor şi medicilor higienişti; crearea secţiunii de studii a tuberculozei pe lângă fiecare institut de higienă care utilizând materialul patologic şi dispensariile şi spitalele de tuberculoşi să poată aduce toate ameliorările în materie de luptă antituberculosă şi să servească de câmp de lucru specialiştilor în boli interne; înfiinţarea unui serviciu central de propagandă, cu muzeu de tuberculoză unde să se prepare tot materialul necesar educaţiei publicului şi aparatului administrativ; luarea măsurilor adecvate de îngrijire şi pensionare a celor cu focare deschise; stabilirea unui echilibru în crearea de noi instituţiuni tuberculoase în aşa fel încât orice bolnav depistat într'un dispensar să poată găsi cât mai urgent loc într'un centru de tratament.

Având în vedere numărul enorm de mare al copiilor cu tuberculoză chirurgicală se impune dublarea numărului de paturi la sanatoriul C. T. C. s'ar realiza pe această cale şi o economie vădită având în vedere că serviciile generale de care sunt insuficiente şi n'ar necesita cheltueli în plus. Ţinând seama de experienţa câştigată de organizaţiunile moderne anti-tuberculoase şi de cele existente dela noi pe de o parte pentru a realiza economii de cheltueli generale pe de altă parte credem că un centru de tratament trebue să aibe un minimum de 500 paturi pentru a putea fi dotat cu toate laboratoarele şi instalaţiile necesare de diagnostic indispensabile luptei anti-tuberculoase; mărirea efectivului şcoalelor surorilor de ocrotire din Bucureşti, Cluj şi Iaşi, salarizarea surorilor de ocrotire în condiţiuni potrivite rolului mare care li se încredinţează, executarea vaccinaţiunii anti-tuberculoase să fie încredinţată numai surorilor de ocrotire sub controlul medicului higienist respectiv şi al institutelor care prepară vaccinul; crearea pe lângă dispensare a unui serviciu social şi dotarea lui în aşa fel încât să fie posibilă asistenţa socială a tuberculoşilor şi a familiilor lor şi să poată realiza reeducarea profesională a acelora cari nu mai pot după ieşirea din sanatoriu să-şi continue profesiunea în care s'au îmbolnăvit.

Dl prof. Bălteanu a mulţumit apoi tuturor participanţilor după care s'a hotărât ca al patrulea congres de tuberculoză să aibă loc la Cernăuţi în anul 1937.

După aceea congresul a fost declarat închis.

Înființarea Asociației Surorilor de Ocrotire cu ocazia întrunirei ținută la Cluj în zilele de 3, 4 și 5 Ianuarie 1935.

La cererile repetate și insistente ale Comitetului de inițiativă format din d-nele: Maria Dr. Perția, directoarea Institutului Surorilor de Ocrotire din Cluj, Z. Costreș, inspectoara surorilor de ocrotire Timișoara, M. Manta, insp. sur. de ocrotire Sibiu, S. Câmpean, M. Criste, L. Cumpătă, M. Secrier, E. Bucșan, V. Țarină, surori de ocrotire, s'a obținut aprobarea Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale Nr. 90.682/934, pentru a se ține o întrunire la Cluj în zilele de 2, 3, 4 și 5 Ian. 1935, cu scopul ca surorile de ocrotire să se constitue într'o Asociație pentru susținerea intereselor profesionale și personale.

In baza acestei aprobări, surorile de ocrotire au fost învitate să ia parte la întrunirea fixată pe zilele de 2, 3, 4 și 5 Ian. 1935, la Institutul Surorilor de ocrotire din Cluj. Participarea în număr atât de mare a surorilor la întrunire este o dovadă, cât de mult a fost dorită această clipă. Este totodată interesant de remarcat că seriile mai vechi de absolvente au fost cele mai bine reprezentate. O dovadă în plus cât de bine venită a fost o asemenea întrunire.

In ajunul zilei de 3 Ianuarie, la ora 8 seara, a avut loc o întrunire colegială în sala de recreație a Institutului Surorilor de Ocrotire Cluj. A fost emoționantă întâlnirea colegelor, cari nu se mai întâlniseră dela absolvire. (10—15 ani).

S'a cetit proectul de statute și s'au discutat pe rând toate punctele, apoi s'au discutat și alte chestiuni profesionale.

3 Ianuarie 1935.

***Dare de seamă a întrunirei pentru constituirea Asociației Surorilor de Ocrotire din România,** ținută în ziua de 3 Ianuarie 1935, la Institutul Surorilor de Ocrotire din Cluj, la care a luat parte dl Director General al Ocrotirilor C. Stănescu ca reprezentant al Ministerului Sănătății, dl Inspector General de Ocrotire Dr. O. Costea, ca reprezentant al Inspec-*

toratului General Sanitar Cluj, dl Agregat Dr. M. Zolog, ca reprezentant al Institutului de Igienă din Cluj, d-nele Inspectoare şi Revizoare dela Cluj, Timişoara, Sibiu şi Braşov, d-ra Cantacuzino şi d-na Botez în numele Şcoalei Regina Maria din Bucureşti, d-ra M. Criste, ca reprezentantă a d-nei Directoare M. Dr. Perţia din Cluj. Surorile conducătoare ale Plaselor Sanitare Model, Monitoarele Şcoalei din Cluj şi Iaşi, şi un număr de 61 surori de ocrotire din toate Inspectoratele.

Doamna Costreş în numele comitetului de iniţiativă deschide şedinţa, salută oficialităţile şi surorile de ocrotire. Regretă absenţa d-nei Directoare Marioara Dr. Perţia, care de prezent se află în America, ca învitată a Fundaţiei Rockefeller ca să viziteze şcolile Fundaţiei. Cunoscând sentimentele d-sale, este convinsă că cu sufletul este între noi. D-na Costreş ţine apoi o vorbire prin care aminteşte că Instituţia Surorilor de Ocrotire a fost înfiinţată acum 15 ani prin iniţiativa d-lui Prof. Dr. I. Moldovan, care a ştiut să cuprindă atât de admirabil într'un program, tot ce era necesar, de folos şi potrivit pentru ţara noastră, Domnia-sa împreună cu alte persoane cari purtau interesul acestei instituţii, au sădit în sufletul absolventelor dorul pentru o muncă conştiincioasă şi desinteresată. Fiindcă drumul nu era bătătorit şi fiindcă ideia de prevenire a boalelor părea multora irealizabilă, lupta a fost grea, iar încercările de a forma o Asociaţie dela început care să ridice moralul surorilor, n'a reuşit, — încât surorile au fost silite să lucreze izolat, aşa că munca lor a rămas de cele mai multeori nerecunoscută, deşi fiecare soră într'o măsură mai mare sau mai mică şi-a dat silinţa să contribue cât mai mult la îmbunătăţirea sănătăţii publice. Şcoala din Cluj a fost înfiinţată de către dl Prof. Dr. Moldovan în anul 1919, cea din Iaşi tot Domnia-sa a înfiinţat-o în anul 1929.

D-na Costreş spune mai departe „După ani de zile de străduinţă, astăzi suntem unite într'un mănunchiu ca să ne putem spune păsurile şi să luăm hotăriri pentru îndreptări în viitor. Vom reuşi dacă vom persevera şi dacă ne vom identifica cu scopul profesiunii noastre, acela de a ridica în fiecare colibă un altar sănătăţii. Prin întrunirile în cadrul Asociaţiei care va lua fiinţă, se vor putea pune la punct toate chestiunile de ordin şi interes general ca şi cele speciale şi de interes local şi personal. Dintre problemele generale, educaţia femeii (a mamelor) este cea mai arzătoare. „Sora de ocrotire este cea mai chemată să-i pătrundă sufletul, să-i deştepte simţul de răspundere faţă de familia sa şi astfel faţă de comunitate, pentrucă femeea este purtătoarea făcliei dragostei, lumina căminului şi de aceea s'o ajutăm să-şi îndeplinească această sfântă misiune".

Prin înfiinţarea Asociaţiei Surorilor de Ocrotire se face un pas către cea Naţională a Surorilor de Ocrotire şi Caritate, spre a putea fi admisă ca membră a Consiliului Internaţional al Surorilor înfiinţată la 1899, cu sediul

la Geneva şi care se întruneşte din 4 în 4 ani în diferite ţări ale lumii. In 1929 s'a întrunit la Montréal, în 1933 la Paris-Bruxelles, iar în 1937 va fi la Londra.

D-na Costreş mai face o dare de seamă amănunţită asupra congresului dela Paris-Bruxelles 1933, la care a participat ca reprezentantă a României. Domnia-sa citează unele aprecieri ale persoanelor marcante din Franţa şi Belgia cari au luat parte la acel congres. Intre alţii dl Jules Renault face istoricul evoluţiei surorilor cari la început au fost conduse de dragostea mare pentru cei suferinzi şi dorinţa de a-i ajuta.

D-ra Chaptal, prezidenta Asociaţiei surorilor din Franţa şi a Consiliului Internaţional, aminteşte de sprijinul preţios dat surorilor de către corpul medical. Marchizul de Lillers, preşedintele Crucii Roşii franceze şi vicepreşedintele Crucii Roşii Internaţionale a salutat surorile în numele celei mai vechi asociaţii şi a recunoscut că fără concursul lor preţios n'ar fi ajuns la rezultatele frumoase de acum. Prof. Leon Bernard, preşedintele Consiliului de Igienă a spus: „umanitarismul este ceeace leagă pe soră aşa de mult de profesiunea sa", iar următoarea declaraţie în legătură cu înfiinţarea şcoalelor este şi mai concludentă „nu este nevoie numai de personal tehnic bine pregătit ci de suflet, de acea atmosferă de încredere care se transmite din generaţie în generaţie tuturor".

Ministrul Afacerilor Străine a spus între altele „Solidaritatea D-voastră este un bun exemplu pentru noi bărbaţii. Am asistat la multe congrese, dar n'am văzut nicăiri atât dor de a servi şi mai multă rivalitate de a face cât mai mult bine". Ministrul Sănătăţii salută surorile şi evidenţiază înţelegerea care domină la acel congres. Domnia-sa evocă memoria celor cari şi-au sacrificat viaţa în timpul războiului.

D-na Costreş continuă spunând că s'a întors dela acel congres cu forţe nouă de muncă şi cu convingerea că problemele şi duşmanii cari ameninţă omenirea sunt aceeaşi pretutindeni. Deaceia îndeamnă surorile să fie solidare, muncitoare desinteresate pentru a putea câştiga locul ce-l merită în societate, respectul şi stima şefilor şi colaboratorilor şi mai ales aprecierea şi încrederea neprecupeţită a marelui public. Mai departe aminteşte de străduinţa d-lui Ministru Dr. Costinescu şi a d-lui Secretar General Prof. Dr. T. Gane, de a evidenţia în toate ocaziile rolul educativ al surorilor de ocrotire. „Numai prin muncă devotată şi conştiincioasă putem dovedi că suntem demne de încrederea ce ni se arată", termină d-na Costreş însufleţita sa cuvântare.

La urmă propune să se trimită d-lui Ministru şi d-lui Secretar General câte o telegramă de recunoştinţă. Se aprobă.

Mulţumeşte apoi d-lui Director General C. Stănescu pentru a fi răspuns invitaţiei luând parte la întrunire, mulţumeşte d-lui Prof. Dr. Moldovan

prin dl Agregat Dr. Zolog, d-lui Inspector Gen. Dr. Costea şi tuturor persoanelor prezente.

Propune să se aleagă preşedintă şi secretară pentru şedinţele cari urmează.

D-şoara Manta propune să fie aleasă preşedintă D-na Z. Costreş, iar secretară d-na E. Bucşan. Se aprobă.

Dl Director General Stănescu ia cuvântul şi spune că adevăratul motiv al venirei Domniei Sale la întrunirea surorilor din Cluj, a fost convingerea sa că sora de ocrotire este de o importanţă covârşitoare pentru sănătatea naţională. Arată că datele statistice în mortalitatea infantilă cauzată de ignoranţa grozavă a populaţiei sunt dovada cea mai mare de necesitatea sorei de ocrotire. Acelaş lucru se constată şi din statistica referitoare la bolile sociale. Răul trebue tăiat dela rădăcină şi numai surorile de ocrotire sunt chemate să pună capăt ignoranţei şi tuturor necazurilor. Asociaţia care ia fiinţă va fi un pivot pentru viitor. Domnia-Sa face aluzie la un aliniat din statute „prestigiul surorilor" care este tot ce poate susţine şi pune în valoare Instituţia Surorilor de Ocrotire. Până în ultimul timp au fost puţini cei cari au pus în valoare sau a scos în evidenţă activitatea sorei. A fost nevoe de multă insistenţă şi stăruinţă ca să se înlăture unele păreri greşite şi fără temei, în urmă lumea s'a convins fiindcă s'a demonstrat prin activitatea depusă, iar munca sorei a trebuit să fie recunoscută chiar şi de duşmanii ei cei mai înverşunaţi.

Şcolile au fost înfiinţate cu multă chibzuinţă, iar persoanele conducătoare au avut destulă perseverenţă şi rezistenţă pentru a duce lupta până la capăt. Şcoala din Cluj, cea mai veche, a progresat şi serveşte ca model, cea din Iaşi este pe calea cea mai bună care-i asigură viitorul, cea din Bucureşti se organizează cu chibzuinţă, mult suflet şi interes. Dar dincolo de şcoală, toată sarcina de a menţine prestigiul Instituţiei, rămâne pe umerii surorilor.

In mediul social unde sunt chemate să lucreze nu este prea uşor, însă, înarmate cu calităţi şi cunoştinţe tehnice frumoase vor putea învinge. De aceea este nevoe de surori bine pregătite din toate punctele de vedere, fiindcă valoarea cea mare a surorilor este Apostolatul.

Prestigiul trebue păstrat cu preţul oricărui sacrificiu pentru a învinge. Dl Director General recomandă călduros surorilor să lupte pentru prestigiu.

D-na prezidentă mulţumeşte d-lui Director General pentru cuvintele călduroase şi-l asigură că se vor arăta demne de încrederea ce le-a arătat.

Dl Inspector General Dr. Costea salută surorile şi în cuvinte simţite arată cum se poate menţine prestigiul. Recunoaşte că surorile au întâmpinat multe greutăţi la început dar mai ales atunci când au fost silite să lucreze izolate fără a avea sprijinul autorităţilor, cari aveau datoria de a le susţine.

După 15 ani instituția timidă la început, se afirmă cu ajutorul autorităților superioare, însă meritul este al surorilor cari au avut perseverența să învingă toate greutățile. Urează și dorește ca prin conștiință, dragoste și curaj să-și ajungă scopul pentru înălțarea instituției. D-na prezidentă mulțumește d-lui Inspector General în numele surorilor. D-na S. Docan, Rev. de Ocrot. Cluj, mulțumește d-lui Director General pentrucă a venit la Cluj să cunoască surorile și se simte mândră că întrunirea are loc la Cluj unde sunt condițiuni speciale. Domnia-sa îl roagă să continue a le susține și de aci înainte.

D-ra Cantacuzino spune că simte mare plăcere să revadă Clujul. care l-a cunoscut cu câțiva ani mai înainte când a vizitat și școala despre care a rămas cu amintire și impresie plăcută și urează prosperare surorilor cari vor fi stâlpul sănătății publice.

D-na prezidentă mulțumește D-șoarei Cantacuzino.

Dl Agregat Dr. Zolog, își exprimă bucuria că se află prezent la prima ședință de constituire a Asociației, mai ales că vine în numele aceluia care a fost creatorul și este susținătorul cel mai sincer al Instituției Surorilor de Ocrotire. Chemarea surorilor este de a îndepărta ignoranța și lipsurile din sânul populației și ele trebue să lupte pentru realizarea acestui ideal sfânt. Din partea d-lui Prof. Dr. I. Moldovan și din partea Institutului de Igienă, dorește surorilor succes în cariera frumoasă ce și-au ales.

D-na prezidentă mulțumește d-lui Agregat Dr. M. Zolog și-l roagă să se facă interpretul surorilor de ocrotire și să exprime d-lui Profesor Dr. Moldovan toată recunoștința, asigurându-l că nu vor uita pe acela care așa de minunat a conceput Instituția Surorilor de Ocrotire.

D-șoara Manta aduce salutul d-lui Inspector General Dr. Stoichița, d-lui Dr. Cosma și a surorilor din Rev. Sibiu.

D-na Ana Lupaș aduce salutul surorilor din Brașov.

Urmează apoi salutul celorlalte delegate: D-șoara Maier din Iași, D-na Crețu plasa sanitară Tomești, D-șoara Cohan plasa sanitară Lipova. D-ra Oltean Oficiul de Ocrotire Cluj, D-na Câmpean plasa sanitară Gilău. D-șoara M. Criste salută adunarea în numele d-nei Directoare M. Dr. Perția care lipsește, Domnia-sa arată că de 10 ani urmărește zi de zi formarea elevelor școalei din Cluj, spune că trebue să avem calități și să fim unite pentru a duce lupta întru susținerea intereselor noastre. Mulțumește d-lui Director General pentru sprijinul acordat surorilor și-l roagă să aducă omagiu d-lui Ministru. La ora 11·50 se suspendă ședința pentru 10 minute. La ora 12 ședința se redeschide fiind de față toate persoanele de mai înainte.

D-na prezidentă anunță că d-na Câmpeanu va face o expunere asupra serviciului surorilor de ocrotire.

D-na Câmpeanu vorbește despre începutul modest al activității surorilor la noi și apoi trece la cel din Franța, țara tuturor inițiativelor, unde

totul a fost intreprins de biserică şi treptat a trecut pe seama statului. Analizează amănunţit situaţia dela noi, rolul sorei de ocrotire şi nivelul la care trebue să ajungă cu sprijinul autorităţilor. Domnia-sa spune „munca surorilor este o muncă de sacrificiu, de abnegaţie şi de rezistenţă fizică, pentru îndeplinirea căreia avem nevoe de sprijinul moral al şefilor precum şi de asigurarea materială a existenţei".

D-na prezidentă mulţumeşte d-nei Câmpeanu pentru ampla sa expunere, dând unele lămuriri la cari dl Director General spune că toate chestiunile mai mărunte şi de detaliu vor trebui discutate cu altă ocazie. Şedinţa se închide la ora 1·30 p. m.

Are loc masă comună în sala de mâncare a Institutului S. O. Sunt prezente persoanele oficiale şi toate surorile. Pe tot timpul mesei domneşte o atmosferă de căldură şi înţelegere, sala are un aspect foarte impunător şi frumos, surorile de ocrotire fiind toate în distinsa lor uniformă.

La ora 4 p. m., tot în ziua de 3 Ianuarie 1935, a avut loc şedinţa de constituire a Asociaţiei Surorilor de Ocrotire din România sub preşidenţia d-nei Z. Costreş, prezenţi fiind: dl Inspector General Dr. O. Costea, Dr. Baruch Reinfeld substitutul d-lui Dr. I. Cosma notar public şi toate surorile de ocrotire. D-na Bucşan, secretara şedinţelor ceteşte proectul de statut, care apoi se discută. D-na prezidentă dă unele deslușiri şi cere ca surorile să-şi spună părerile. D-şoara Cantacuzino spune că Asociaţia trebue să se transforme într'una Naţională, ca astfel să poată fi recunoscută ca membră a Consiliului Internaţional. Domnia-sa spune că poate ar fi mai bine dacă s'ar amâna înfiinţarea Asociaţiei, până atunci când vor putea fi prezente şi surorile de caritate. Aminteşte de restricţiunile care trebuesc puse la admiterea membrelor în asociaţie, motivând inegalitatea pregătirii surorilor existente azi în România.

D-na prezidentă cere ca surorile să-şi spună sincer cuvântul.

D-şoara Manta dă explicaţiuni asupra dorinţei d-şoarei Cantacuzino, şi cere ca fiecare soră să-şi exprime dorinţa.

Surorile cu unanimitate răspund că scopul venirii lor la Cluj, a fost acela de a înfiinţa necondiţionat Asociaţia, că nu au nimic contra ca mai târziu să se unească cu surorile de caritate spre a pune bază Asociaţiei Naţionale a Surorilor de Ocrotire şi Caritate. Deocamdată însă interesele lor trebuesc servite de Asociaţia Surorilor de Ocrotire, pe care sunt ferm hotărite să o înfiinţeze.

D-şoara Cantacuzino în replică spune că dânsa nu este contra înfiinţării acestei Asociaţii, dar îşi exprimă părerea ca Asociaţia să pună restricţiuni şi să poată da şi sancţiuni.

Dl Inspector Dr. Costea răspunde că punându-se restricţiuni la înscrierea membrelor s'ar limita scopul asociaţiei. Din contră prin acordarea

de drepturi tuturor surorilor de ocrotire se poate ajunge la solidaritate şi ridicarea prestigiului, iar prin protecţia asociaţiei se va putea lupta şi interveni la forurile competente pentru sancţiuni. Sancţiunile nu se pot aplica decât în cadrele legale de către forurile superioare. Asociaţia nu va putea da sancţiuni, dar va putea cere dela autoritatea oficială să o facă. Eliminarea surorilor cari nu corespund, se va face tot numai cu aprobarea Ministerului prin organele sale.

D-şoara Cantacuzino spune, că nu s'a gândit numai la penalitate, dar şi-a exprimat dorinţa şi o repetă, să nu se facă deosebire între surorile de ocrotire şi cele de caritate.

D-na prezidentă arată că surorile de ocrotire lucrează izolat, problemele lor sunt deosebite şi este absolut necesar ca Asociaţia Surorilor de Ocrotire să ia fiinţă cât mai urgent.

Chestiunea se discută mai departe şi pe urmă se primeşte proectul de statute în întregime.

Dl Inspector Gen. Dr. Costea mulţumeşte surorilor pentru însufleţire şi le doreşte succes la îndeplinirea datoriei.

Se formează o comisie pentru prezentarea listei în vederea alegerii comitetului compusă din d-rele V. Pop Braşov, I. Bogdănescu Orăştie şi d-na O. Muntean-Goţia, Haţeg.

Se prezintă următoarea listă:

Prezidentă d-na Directoare M. Dr. Perţia dela Institutul Surorilor de Ocrotire din Cluj; — surorile o aclamă călduros şi aleg cu unanimitate de voturi pe d-na M. Dr. Perţia de prezidentă. Viceprezidente au fost propuse d-na Z. Costreş, Timişoara şi d-şoara M. Manta, Sibiu, ambele au fost alese cu unanimitate de voturi. Tot astfel au fost alese d-na E. Bucşan Cluj secretară, d-ra E. Oltean Cluj, casieră, iar membre d-nele Ana Lupaş Braşov, Elvira Corcheş Turda, Mândra Botez Bucureşti, V. Tarină Cluj, d-şoarele I. Simonis Sibiu, C. Onghert Timişoara, A. Costenco Chişinău, A. Cohan Lipova, C. Maier Iaşi, G. Nicolau Bucureşti. Ca cenzori au fost propuse şi alese d-na S. Câmpeanu Gilău şi d-ra M. Criste Cluj.

După îndeplinirea tuturor formalităţilor s'a trecut la întocmirea actului constitutiv. Conform dispoziţiunilor s'a cerut ca Asociaţia să aibă un patrimoniu iniţial de cel puţin 5000 Lei. La apelul d-nei prezidentă, în decurs de câteva minute, s'au făcut subscrieri în valoare de 43.370 Lei (Patruzeci şi treimii treisuteşaptezeci Lei) în care sumă este cuprinsă şi cotizaţia primului an pentru surorile inscrise, cari contează totodată şi ca membre ale Asociaţiei.

După semnarea actului constitutiv de către cei prezenţi, d-na prezidentă declară şedinţa de constituire închisă, mulţumeşte tuturor pentru participare şi sprijinul dat întru realizarea scopului de mult dorit.

Anunţă pentru ziua de 4 Ianuarie 1935, ora 9 1/2 o şedinţă a Comitetului, căreia îi va urma, conform programului: demonstrarea practică de către d-na E. Bucşan şi conferinţele d-lor medici dela Institutul de Igienă din Cluj.

Luni, la 4 Ianuarie 1935

După şedinţa comitetului cu care ocazie s'a propus trimiterea unei scrisori de recunoştinţă d-nei Directoare M. Dr. Perţia în America, semnată de toate surorile, a urmat demonstraţia practică foarte reuşită (tehnica trusei, o vizită la noul născut şi administrarea vaccinului B. C. G.) făcută de d-na E. Bucşan, monitoare la Inst. Sur. de Ocrot. Cluj, care la sfârşit dă mai multe explicaţiuni.

La ora 11 a. m. Conferinţă: Eugenie, de dl I. Făcăoaru.

La ora 12 a. m. Conferinţă: Igienă mintală de Dr. Râmneanţu.

La ora 2 p. m., s'au vizitat saloanele model dela Clinica Obstetrică şi Infantilă unde s'au dat explicaţiuni din partea d-şoarei Cumpătă şi d-nei Tarină, monitoare la Inst. Sur. de Ocrot. Cluj.

La ora 4 p. m. Conferinţă. Vaccinarea antidifterică şi scarlatinoasă, dl Dr. L. Turcu.

La ora 5 p. m. Conferinţă: Igienă şcolară de dl agregat Dr. M. Zolog.

Conferinţele au fost ascultate cu mult interes de toate surorile, iar d-nii conferenţiari răsplătiţi cu sincere aplauze.

D-na prezidentă a mulţumit d-lor medici, cari prin conferinţele frumoase şi instructive au contribuit mult la ridicarea nivelului acestei întruniri. Prin dl Agregat Dr. M. Zolog, mulţumeşte d-lui Profesor Dr. I. Moldovan pentru sprijinul şi concursul dat.

In ziua de 5 Ianuarie, s'a vizitat în decursul dimineţii Plasa Sanitară Model dela Gilău, unde s'au dat explicaţiuni din partea d-lui Dr. I. Prodan şi d-nei şefă S. Câmpeanu.

După întoarcerea dela Gilău s'au vizitat Oficiul de Ocrotire al Municipiului Cluj, unde s'a dat explicaţiuni surorilor, la secţia asistenţei de către d-na asistentă N. Dr. Popovici, la secţia ocrotiri de către d-şoara E. Oltean şefa secţiei, iar la biroul elevelor surori din partea d-nei E. Bucşan conducătoarea acestui birou.

Intrunirea de constituire s'a încheiat în ziua de 5 Ianuarie 1935, ora 13 într'o atmosferă de căldură şi mare entuziasm. Surorile au părăsit Clujul cu noui puteri de muncă şi cu dorul sincer de a contribui cât mai mult prin muncă desinteresată, la prosperarea naţiunii Române şi la întărirea sănătăţii publice.

Prezidentă: ss. Z. Costreş *Secretară: ss. E. Bucşan.*

Se face cunoscut că Statutele Asociaţiei Surorilor de Ocrotire vor fi publicate în revista Sibiul Medical din luna viitoare.

Surorile de ocrotire cari doresc să facă parte din Asociaţie şi cari nu au fost prezente la întrunirea de constituire, sunt invitate să-şi înainteze cererea în scris, pentru a fi primită ca membră, pe adresa d-nei prezidente Marioara Dr. Perţia, directoara Institutului Surorilor de Ocrotire Cluj, Calea Moţilor Nr. 27. Totodată sunt rugate ca să se înscrie pentru anul I cu o sumă mai mare, servindu-le ca exemplu surorile cari au fost prezente la întrunire şi cari s'au înscris cu sumele cari variază între 500—1000 Lei, plătibilă în rate lunare şi cel mai târziu până la 1 Ianuarie 1936. In această sumă contează şi cotizaţia anului I.

Fac un sincer apel la toate surorile de ocrotire, ca până vom avea revista noastră proprie, să se aboneze la revista Sibiul Medical. In această revistă, pe lângă un bogat material ştiinţific medical, vor afla multe chestiuni de ocrotire şi organizaţie sanitară în care este cuprinsă şi activitatea şi rolul surorilor de ocrotire.

Abonamentul este de 120 Lei anual. Abonamentele se pot face la Inspectoratul General Sanitar Sibiu.

† *Doctorul Aurel Cândea.*

In ziua de 23 Iunie a. c. s'a stins din viaţă într'un sanator din Arad, un distins reprezentant al chirurgiei româneşti, Dr. Aurel Cândea.

Un destin crud şi implacabil a vrut ca viaţa doctorului Aurel Cândea, pildă vie de cinste, muncă şi altruism, numai în vârstă de 51 de ani, să se curme.

Originar din Avrigul judeţului nostru, fiul octogenarului protopop Cândea, a urmat studiile liceale în Sibiu, iar cele universitare la facultăţile de medicină din Cluj, Budapesta şi Viena, distingându-se totdeauna ca un elev şi student eminent. Calităţile lui de iscusit maestru în chirurgie, l-au făcut apreciat de streini şi înainte de războiu i-au adus numirea de medic şef al unui serviciu chirurgical din Bratislava.

Patriotismul său nobil şi cald l-a adus în anul 1919 în Banat, unde luând conducerea spitalului de stat din Timişoara, a făcut din ruinile ce le-a găsit acolo, o instituţie modernă, demnă de orice oraş occidental.

Fiind numit secretar general, s'a remarcat ca un activ colaborator al d-lui profesor Dr. Iuliu Moldovan, contribuind în măsură valoroasă la elaborarea Legii sanitare din 1930.

Bărbat de o demnitate dârză şi caracter ferm, n'a cunoscut în viaţa sa tranzacţii. In domeniul chirurgical lucrând plin de abnegaţie şi desinteresare şi devotat binelui obştesc, moare sărac.

Memoria lui rămâne ca o pildă vie şi demnă de urmat pentru generaţia noastră. *o. f.*

Inspecţiile d-lui Dr. Costinescu, Ministrul Sănătăţii în Făgăraş şi Sibiu. *La 22 Iunie dl Ministru Dr. Costinescu, însoţit de dl Dr. Stoichiţia, Insp. Gen. Sanitar, a vizitat amănunţit spitalul oraşului Făgăraş, fiind primit şi condus de către autorităţile publice şi sanitare locale; după aceia au vizitat circumscripţiile medicale dela Voila, Viştea de jos şi Porumbacul, oprindu-se pentru a lua masa la sanatoriul Avrig. Mulţumit de cele constatate, dl Ministru a hotărât imediata construire a unui pavilion de tuberculoşi pe lângă spitalul din Făgăraş şi şapte localuri de dispensarii în diferite circumscripţii medicale.*

Dela Avrig au venit la Sibiu, unde au vizitat sanatoriul t. b. c. la Spitalul Public, iar de aci au trecut în inspecţie la Ocna-Sibiului, unde dl Ministru a dat dispoziţii pentru remedierea lipsurilor, — plecând spre Bucureşti la ora 10·30 p. m. La masa de seara din Ocna-Sibiului au luat parte şi d-nii Doctori Filipescu, Cosma, Manta şi Ivan.

Primul congres și înființarea Asociației medicilor de spitale și dispensare, *a avut loc la 11 Mai, în localul Asociației Generale, sub prezidența Dlui* Ministru Dr. I. Costinescu, *asistat de Dnii* Prof. T. Gane, P. Tomescu *și* Agregat D. Paulian.

Dl Agregat D. Paulian, *Președintele comitetului de inițiativă, deschide ședința cu o cuvântare în care arată scopul înființărei asociației: progresul științific și o mai bună organizare materială a spitalelor, prin colaborarea colegială în cadre legale atât între medicii de spitale, cât și cu autoritățile sanitare superioare.*

Dl Dr. I. Costinescu, *Ministrul Sănătății se asociază acestei mișcări și arată demarcația ce începe să se producă între* medicii curativi și cei preventivi. *Dată fiind starea proastă a multor spitale, Dsa face cunoscută campania ce a început de a da fiecărei capitale de județ câte un spital complet și bine înzestrat în cel mai scurt timp. Promite sprijinul său corpului medical.*

Dl Prof. P. Tomescu, *Președintele Asociației, mulțumind Dlui Ministru pentru hotărârea de a colabora cu organizațiile oficiale ale corpului medical — cere ca nouile grupări de forțe să se integreze în Asociația Generală a medicilor pentru coordonarea eforturilor și asigurarea unității de directivă. Exprimă speranțe în* Eforiile sanitare, *legiferate de curând.*

Dl Prof. Titu Gane, *se asociază mișcărei și promite tot sprijinul.*

Dl Dr. A. Voina, *a vorbit despre rolul medicului curativ.*

In ședința de dupe amează, dl Dr. Sabin Manuilă, directorul institutului central de statistică al statului, a făcut o foarte interesantă și documentată expunere asupra „Raționalizării asistenței medicale spitalicești". D-sa analizează medicina curativă sub triplul aspect: filantropic, preventiv și al economiei sociale, dupe care face o paralelă între medicina curativă și cea preventivă.

Relevă două elemente noui în funcționarea spitalelor: 1. Deosebita atenție în îngrijirea bolnavului, care nu mai trebue să fie tratat ca un „caz" oarecare ci cu atenția și considerația cuvenită fiecărui „om", individ cu complex de sensibilități personal — și 2. Ideia de control și răspundere a activității medicale.

D-sa condiționează progresul spitalicesc de realizarea a 12 puncte pe cari le susține în parte.

Au luat parte la discuții, d-nii D-ri: Odobescu, Machelarie, Docent Câmpeanu, M. Ionescu și alții.

Au urmat discuțiile la statut și votarea primului comitet al societății compus din Agregat Dr. Dem. Em. Paulian, președinte; Agregat Dr. Răzvan, Docent Dr. Câmpeanu, Dr. Băluță-Chișinău, Dr. Aurel

Cândea, Dr. Daniel-Cernăuți, Dr. Negulescu, Dr. Voina, Dr. Bruteanu, Dr. St. Popescu, Dr. Odăgescu, Dr. Lăzeanu, Leoniu, Atanasiu, Fortunescu și Flotescu.

***Congresul Asociației Generale a Medicilor** s'a ținut în ziua de Duminecă 26 Mai în palatul Asociației luând parte un mare număr de medici.*

Dl Profesor Dr. P. Tomescu, Președintele Asociației, *după ce face o* Dare de seamă asupra activității Asociației în 1934—1935, *expune pe larg* Programul de activitate al Asociației pentru anul 1935—36; *punctele principale ale acestui program au fost următoarele: 1.* Lupta pentru apărarea intereselor profesionale și sanitare, *2.* Suspendarea numirilor și concursurilor, *3.* Revizuirea medicilor cu diplome străine, *4.* Codul penal, *5.* Casa de ajutor a corpului medical, *6.* Ideologia sanitară a Asociației medicilor.

Termină făcând apel la colaborarea activă și cordială între medicii din întreaga ierarhie sanitară.

După dările de seamă ale Dlui Dr. S. Țovaru, *secretar general,* Dr. Dimitriu, *casier și* Dr. Alfandari, *cenzor — se aprobă rapoartele și se dă descărcare comitetului de gestiunea sa pe anul 1934—1935.*

Urmează o cuvântare ocazională a Dlui Profesor Titu Gane, *Secretar Gral al Ministerului Sănătății — care arată interesul profund purtat de actuala conducere a Ministerului Sănătății tuturor problemelor sanitare precum și dorința de colaborare cu Asociația.*

După aceia au loc mari discuții asupra chestiunilor medicale și sanitare prevăzute în noul cod penal.

Dl Prof. Dr. Kernbach *vorbește despre ideile de responsabilitate medicală. Dl* Dr. N. Romanescu *expune chestiunile de ordin juridic medical din noul cod penal.*

Dl Dr. Marius Georgescu, senator, *descrie lupta dusă de medicii parlamentari pentru modificarea articolelor din codul penal; citează pe Dnii* Profesori Danielopolu, Iacobovici, Manolescu *și* Gane.

Dl avocat Alex. Ionescu, *a examinat responsabilitatea medicilor din punct de vedere juridic.*

Dl Profesor Dr. I. Iacobovici *a expus pe larg problema* delictului profesional *și a* colegiului medicilor, *dând citire la urmă articolelor din codul penal, cari interesează practica medicală — și propunerile pentru modificarea acestor articole așa cum au fost votate de senat, propuneri redactate de comisia specială a Asociației (România medicală, 1 Iunie).*

După Dl Prof. Manolescu, *a luat cuvântul Dl* Prof. Dr. P. Tomescu *pentru a încheia desbaterile asupra codului penal.*

S'a decernat un premiu anual Profesor Dr. Cantacuzino. S'a expediat o telegramă omagială M. Sale Regelui şi s'a constituit Biroul Asociaţiei pentru anul 1935—1936, *în modul următor:* Preşedinte, *Prof. Dr. P. Tomescu;* Vice Preşedinţi, *Dr. G. Marinescu, Dr. Marius Georgescu, Dr. P. Topa, Dr. Marius Nasta, Dr. I. Ţeţu;* Director, *Dr. R. Tătaru;* Secretari Generali, *Dr. S. Ţovaru şi Dr. Alfandary;* Casieri, *Dr. I. Constantinescu şi Dr. Lazarovici;* Bibliotecar, *Dr. Victor Dimitriu;* Secretari de şedinţe, *Dr. D. Grigorescu, Dr. N. Rădulescu, Dr. Ionescu Miltiadi, Dr. Mavrodin.*

***Primul congres al medicilor sanitari** a avut loc în ziua de 10 Iunie a. c., în palatul Asociaţiei Generale a medicilor din str. Izvor, la convocarea comitetului de iniţiativă.*

Au luat parte peste 250 medici sanitari şi Dnii Profesor Dr. Titu Gane, Secretar General al Ministerului Sănătăţii şi Prof. Dr. P. Tomescu, Preşedintele Asociaţiei Gle a medicilor.

Dl Dr. Isăcescu, Preşedintele comitetului de iniţiativă, expune scopul Asociaţiei: a) *apărarea drepturilor şi promovarea intereselor profesionale;* b) *studierea problemelor de apărare a sănătăţei publice;* c) *raporturile medicilor sanitari faţă de celelalte autorităţi;* d) *cimentarea legăturilor dintre colegi;* e) *înfiinţarea unui cămin şi case de odihnă balneo-climatice;* f) *editarea unei reviste pentru răspândirea scopurilor Asociaţiei.*

Dl Prof. Dr. Titu Gane, *aduce salutul Dlui Dr. Costinescu, ministrul sănătăţii şi regretul de a nu fi putut lua parte la congres. După ce recomandă ca noua Asociaţie să nu se depărteze de Asociaţia Glă a medicilor, Dsa expune activitatea Ministerului Sănătăţii pentru îmbunătăţirea stărei generale, reînfiinţarea concursurilor, crearea impozitului sanitar de 2%, unificarea sanitară a tuturor serviciilor dela toate departamentele, înfiinţarea eforiilor sanitare. Continuă expunerea programului ministerului pentru igiena rurală:* a) *dispensare cu locuinţe pentru medici;* b) *mărirea numărului medicilor;* c) *fixarea medicilor la sate, dându-li-se subvenţii;* d) *mărirea personalului sanitar auxiliar: agenţi sanitari, moaşe, surori de ocrotire — şi termină cerând nouei Asociaţiei să prezinte ministerului sugestii în probleme sanitare.*

Dl Prof. Dr. Petre Tomescu, *în numele Asociaţiei Generale, arată rolul oficial obţinut în alte ţări de organizaţiile profesionale bine constituite — şi solicită colaborarea medicilor sanitari cu Asociaţia generală, pentru ca astfel cu forţe unite şi bine organizate să lupte cu mai mult succes pentru îmbunătăţirea situaţiei corpului sanitar.*

După răspunsul Dlui Dr. Isăcescu şi alte câteva cuvântări — se alege comitetul de conducere al Asociaţiei medicilor sanitari, pentru 3 ani: Dr. M. Isăcescu, Dr. I. Stoichiţia, Dr. Vlad, Dr. Sturza, Dr. Ghizdăvescu, Dr.

Negușl, Dr. Cudla, Dr. Râmneanțu, Dr. Teișanu, Dr. Nistor Pompiliu, Dr. Atanasiu, Dr. Străjac, Dr. Diacu, Dr. Orășianu, Dr. Crețu, Dr. Zeno Dumitrescu, Dr. Tiscovschi, Dr. Mirahorian, Dr. Ghitea, Dr. Dobrotă, Dr. Troia.

***Academia de medicină** a ales următorul birou prin aclamații: Președinte, Profesor Dr. C. Anghelescu, ministrul instrucțiunei; Vice-Președinți, Profesor Dr. G. Marinescu și Profesor Dr. Riegler; Secretar permanent, Profesor Dr. Danielopolu; Casier, Profesor N. Deleanu.*

După repartizarea membrilor pe secțiuni și instituirea comisiunilor, — din cari una pentru propunerea nouilor membrii, — s'a hotărât ca ședințele să aibă loc de două ori pe lună.

***Cursurile de perfecționare pentru medicii în Balneologie și Fizioterapie**, vor avea loc la Sovata, între 8—15 Septemvrie 1935, organizate de* dl Profesor Marius Sturza *în cadrele soc. de Hidrologie și Climatologie, cu concursul a foarte numeroși conferențiari dela Facultățile de medicină din București, Cluj și Iași.*

Vor fi șase zile de conferințe între $8^1/_2$—$13^1/_2$, dupe masă urmând un program de excursii. Se acordă mari reduceri: pensiune completă cu 100 Lei, băi gratuite, etc. Doritorii se vor adresa d-lui Prof. Marius Sturza.

***Congresele Societății medicilor amici ai vinului în Franța.** In Septemvrie 1933, au avut loc în Franța la Bordeaux și în Octomvrie 1934 la Béziers și Montpellier primele două congrese naționale ale „societății medicilor amici ai vinului", sub președinția profesorului Dr. Portmann dela Facultatea de medicină din Bordeaux și a Prof. Baglioni, titularul cntedrei de fiziologie dela Facultatea de medicină din Roma și președinte al „Comitetului medical internațional de apărare a vinului".*

Aceste congrese au luptat pentru valorificarea științifică a calităților alimentare, igienice și terapeutice ale vinului.

Intre comunicările ținute au fost: întrebuințarea vinurilor generoase la prepararea vinurilor medicinale; proprietățile fiziologice ale vinului; recomandarea vinului în regimul alimentar al reumatismelor cronice, deformante și progresive etc.

In August (26—31) anul acesta are loc „Primul congres internațional al medicilor amici ai vinului" la Lausanne (Palatul Rumine). Rapoartele susținute vor fi:

Vitaminele vinului, de Prof. Baglioni-Roma;

Vinul în bolile de nutriție, de Dr. Weissenbach-Paris.

Vinul în Psychiatrie de Dr. Anglade-Bordeaux şi Profesor Riser-Toulouse.

Vor fi 3 zile de şedinţe urmate de trei zile de excursiuni.

Adeziunile se vor adresa d-lui Douarche, directorul off. intern. al vinului, 1 Place du Palais-Bourbon, Paris (VII-e).

Având în vedere valoarea socială a consumărei vinurilor în legătură cu problema alcoolismului — se face apel şi la medicii din România (a 4-a ţară producătoare de vin din Europa) pentru participare la al III-lea congres şi pentru organizarea unei mişcări similare şi la noi.

O frumoasă iniţiativă. *Medicii din Diciosânmărtin simţind nevoia unei colaborări ştiinţifice au hotărît înfiinţarea unui „Cerc Medical" în cadrul căruia să-şi expună lucrări originale, referate, recenzii, prezentări de cazuri, etc.*

Prin strângerea rândurilor vor reuşi să desvolte cu mai mult succes activitatea medico-socială pentru cinstea corpului medical.

Cursul de perfecţionare organizat de către Asociaţia Docenţilor universitari din Cluj, *a avut loc între 25 Iunie—6 Iulie a. c. despre* actualităţi în diagnosticul şi terapia clinică.

Prelegerile au fost ţinute de d-nii profesori: I. Haţieganu, E. Ţeposu, C. Grigoriu, D. Mihail, I. Goia, D. Negru, Al. Pop, C. Tătaru, I. Aleman, C. Urechia, G. Buzoianu, M. Sturza, G. Popoviciu, I. Minea, V. Bologa; Docenţi Gh. Gavrilă, A. Iancu, I. Bazgan, P. Vancea, L. Daniello, T. Popoviciu, V. Cimoca, C. Stanca, Konradi, M. Nichita, I. Marcu, C. Velluda, L. Popp; Doctorii T. Spârchez, A. Moga, T. Dragomir, M. Hăngănuţ, G. Purje, I. Mureşan.

A apărut „Hotarul tradiţional şi legal al profesiunei medicale", *un mic tratat de drept, legislaţie şi deontologie medicală. Cartea este scrisă de d-nii prof. M. Kernbach dela facultatea de medicină din Cluj şi Dr. N. Romanescu, din Ministerul de justiţie. Un volum de 400 pagini, preţul Lei 150. De vânzare la autori şi la toate librăriile.*

Condiţiunile de admitere ale Institutului Surorilor de Ocrotire din Cluj. *Durata cursului este de 3 (trei) ani. Fiecare an şcolar începe la 1 Septemvrie.*

Pentru admiterea în Institutul Surorilor de Ocrotire din Cluj — Calea Moţilor Nr. 27 — candidatele vor înainta cereri scrise cu mâna proprie, prevăzute cu timbrul legal. Cererile se înaintează cel mult până la 20 August. Odată cu cererea de înscriere, candidatele trebue să depună următoarele acte:

a) Actul de naştere, prin care să dovedească vârsta admisibilă de 18—30 ani;

b) Certificat şcolar prin care să dovedească absolvirea a cel puţin patru clase secundare sau normale, se ***preferă absolvente ale liceului «curs superior»;***

c) Certificat de cetăţenie;

d) Certificat de moralitate, eliberat de preotul parohiei unde e domiciliată candidata;

e) Certificat medical eliberat de un medic al statului;

f) Consimţământul scris al părinţilor, sau al tutorilor legali. Sunt dispensate candidatele majore.

Candidatele vor face examen de admitere din materiile clasei a IV, secundară şi anume:

1. Limba română; 2. Istorie-Geografie; 3. Fizica-Chimie.

Candidatele declarate admise ca eleve ale Institutului, vor trebui să mai răspundă următoarelor obligaţiuni:

Vor depune taxele de instalare, de confecţionare a halatelor, uniformelor, bibliotecă etc.

Anul I. 1000 Lei taxa anuală de înscriere
1500 Lei 4 halate şi bonete uniforme
900 Lei confecţionarea a 2 uniforme de purtat.
Anul II. 450 Lei 1 uniformă de purtat
Anul III. 800 Lei 1 uniformă a solventelor.
Taxa de întreţinere pentru solvente 1000 Lei lunar.
Taxa de întreţinere pentru semi solvente 500 Lei lunar.
Cărţile şi rechizitele şcolare de asemenea privesc pe eleve.

Candidatele vor aduce obiectele indicate de către Direcţia Institutului şi anume:

Rufăria de corp pentru a schimba de 2 ori pe săptămână.
1 capod de casă din flanelă
1 pereche pantofi de casă
2 cearşafuri pentru bae
6 prosoape
2 ştergare noui pentru vase
1 umbrelă
2 perechi ghete bune englezeşti cu tocuri late (de culoare brună)
1 pereche galoşi şi şoşoni
6 perechi ciorapi de culoare brună (nu de mătase)
1 stilo (toc de cerneală)
Obiecte de toaletă (săpun, perii, 2 pahare, etc.)
1 sweter bleu-marin închis de culoare.

Paltonul de iarnă, pardesiul şi basca să fie de culoare bleu-marin închis.

Aşternut şi rufăria de pat primesc din partea institutului.

Eleva va semna o convenţie prin care se obligă a servi ca soră de ocrotire timp de 5 ani la stat, judeţ sau comună, în localitatea ce i se va fixa de către Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, dacă a fost bursieră şi 3 ani dacă a fost solventă. In caz contrar, absolventa va fi obligată să restitue statului toate cheltuelile făcute cu întreţinerea ei, pe timpul cât a stat în institut.

Elevele pot să se retragă în primele 3 luni; dacă în restul timpului din ori care motiv eleva se retrage ea va restitui statului, întreţinerea pe timpul cât a stat în Institut.

Elevele sunt obligate să locuiască în Căminul Institutului, unde primesc întreţinerea şi sunt obligate să se supună Regulamentui. Ele trebue să poarte uniforma atât în timpul cursului, cât şi după terminarea lui şi abţinerea diplomei de soră de ocrotire.

Surorile de ocrotire devin funcţionare de stat şi fac parte din corpul personalului tehnic sanitar şi de ocrotire auxiliar. In această calitate ele beneficiază de toate drepturile şi sunt supuse tuturor obligaţiunilor şi sancţiunilor prevăzute în Legea Sanitară precum şi în Statutul Funcţionarilor Publici.

Institutul Surorilor de Ocrotire din Iaşi. Informaţiuni pentru candidate. Condiţiuni de admitere. *Pentru înscrierea în I. S. O. din Iaşi (Str. G. Duca 28) se va înainta direcţiunei şcoalei până la 1 Sept. a. c. o cerere scrisă, timbrată legal însoţită de următoarele acte:*

1. Actul de naştere, prin care să dovedească vârsta admisibilă, minimă de 18 ani şi maximă de 35 ani.

2. Certificat de cetăţenie română.

3. Certificat şcolar, se preferă candidatele cu liceul complet şi şcoala normală, cu minim 4 clase secundare în cazul când candidata are cultură generală corespunzătoare şi se bucură de o reputaţie deosebită.

4. Certificat de sănătate eliberat de un medic al statului.

5. Certificat de moralitate eliberat de preot.

6. Consimţământul părinţilor dacă candidata este minoră.

7. Autobiografia pe scurt, scrisă de mâna candidatei.

Candidatelor admise li se vor comunica individual, data ţinerii examenului de intrare. Acest examen constă din următoarele materii:

Limba Română, Istoria şi Geografia României, Fizica şi Chimia.

Vor fi scutite de examen bacalaureatele şi absolventele şcolilor normale. Nici acestea nu pot fi admise înainte de a fi avut o intrevedere cu directoarea şcoalei.

Toate candidatele vor fi supuse prealabil la un examen medical.

Durata studiilor.

Studiile durează 3 ani — 2 ani stadiu de practică în spitale, dispensare, laboratoare şi cursuri teoretice ţinute de către membrii corpului didactic dela facultatea de medicină. Anul III fac anchete sociale, şcolare şi demonstraţii practice.

Primele 3 luni constitue o perioadă de probă. Admiterea definitivă în şcoală nu este ratificată decât după a 3-a lună. Şi după această dată eleva poate fi înlăturată din şcoală, dacă se constată că are un caracter ori conduită incompatabilă cu profesiunea de soră.

Burse.

Ministerul Sănătăţii acordă burse elevelor celor mai bune. Bursa constă din toată întreţinerea în institut.

Elevele solvente plătesc 5000 Lei anual.

Taxe.

Atât elevele bursiere, cât şi cele solvente plătesc o taxă de 1500 Lei anual, plătibil în 3 rate. Prima rată se depune la intrarea în şcoală.

Uniformă şi zestre.

Uniforma este obligatoare după primele 3 luni, constă din:

Trei rochii de pânză albastră, trei halate, 6 şorţuri albe, 4 bonete, 2 saci de rufe, 2 metri pânză albă, o bască, o jachetă scurtă, o jachetă pentru infirmerie, o casetă. Aceste lucruri se vor confecţiona după modelul şi din materialul ales de şcoală. Costă 2500—3000 Lei.

Elevele vor aduce cu sine numai lengeria de corp necesară — lengeria de pat şi aşternutul îl vor primi dela şcoală.

NOTA REDACŢIEI.

Rugăm pe toţi prietinii şi cetitorii noştri să trimită prin poştă abonamentul la revistă. Cei cari nu doresc să fie între abonaţii revistei noastre sunt rugaţi a ne restitui revista, cunoscând că nerestituirea o considerăm ca şi abonament.

REDACŢIA.

LABORATOARELE MIDY, 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PROVEINASE

MIDY

REGULATORUL
CIRCULAȚIEI VINELOR

TURBURĂRILE FORMAȚIEI ȘI LIPSEI DE MENSTRUAȚIE

Literatura și Eșantioane. 2 la 4 comprimate pe zi.

J. E. BUCUR 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piața Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm:

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu prețuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu prețuri reduse.

CĂRȚI LITERARE, ȘTIINȚIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu prețuri originale.

COMPACTĂM cu prețuri convenabile: Cărți, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

ARTICOLE DENTIFRICE

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

OVELIA

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei	4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„	2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„	1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1935.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**

156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

Arta parfumeriei a atins în anii 1934—35 culmile gloriei

Parfumul şi Apa de Colonie

Chat Noir

Jokey Club

Perle de Paris

Ocupă locurile de frunte între parfumuri şi ape de colonie.

Anul II. No. 7—9. 10 Lei Exemplarul. Iulie—Sept. 1935.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie:
Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I.
Secretari de redacţie:
Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacţie:
Drii A. Burlă, N. Comşa, I. Cosma, G. Ghiţescu, I. Gheorghiu, N. Hozan, I. Ilcuş, L. Ionaşiu, C. Manta, Mavru, N. Mihail, V. Mitter, R. Moga, Gh. Păcurar, C. Pascu, D. Roşca, I. Slavu, I. Sturza, H. Tănăsescu, F. Vilt.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500
Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.
Coresp. - inserate reclamă: la Drogueria I. BACIU, Sibiu, Str. Regina Maria 10

BIBLIOTECA CENTRALA ASOCIAŢIUNII SIBIU

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

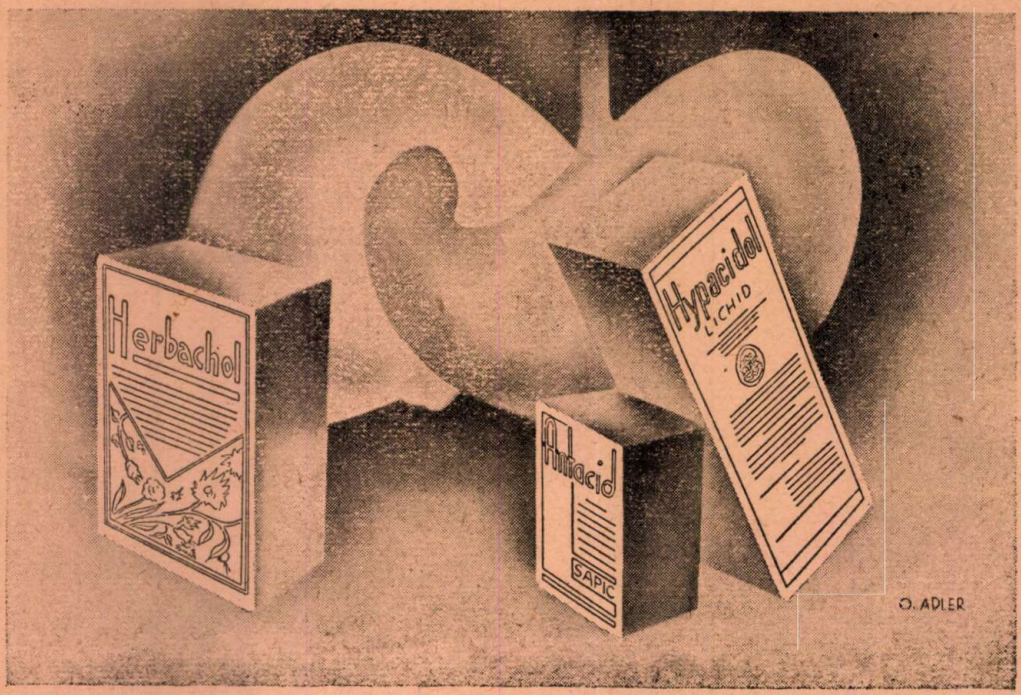
Dr. Gh. Preda: Consideraţiuni medico-sociale ce privesc respectarea drepturilor individului bolnav psihiceşte şi siguranţa socială . . . . Pag. 213
Dr. N. Onaca: Fibromul intestinului subţire . . . . . „ 223
Dr. Stanciu Stroia: Consideraţiuni în legătură cu două cazuri de eritem nodos . . „ 226
German Nicolae şi *Neamţu Ilie:* Contribuţiuni la cazuistica menstruaţiei tubare . . . „ 229

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Reglementarea taxelor şi onorariile cuvenite medicilor sanitari . Pag. 232
Dr. S. M.: Populaţia României în anul 1934 . . . . „ 237
Dr. I. Stoichiţia şi *Dr. I. Cosma:* Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu . . . . . „ 240
Revista cărţilor . . . . . „ 244
1. *F. Ştefănescu-Goangă:* Selecţiunea capacităţilor şi orientarea profesională.
2. *D. Todoranu:* „Bazele Psihologiei Caracterului".
3. *Doc. Dr. I. V. Bistriceanu:* Contribuţiuni la studiul histo-patologiei tumorilor nevraxiale primitive şi secundare.
4. *Doc. Dr. I. V. Bistriceanu:* Undele scurte şi ultrascurte în practica medicală.

Revista revistelor . . . . „ 246
Note de terapeutică . . . „ 248
Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu . . . . „ 251
Statutele Asociaţiei Surorilor de Ocrotire . . . „ 253
Note şi informaţiuni . . . „ 256

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ŞI CHIMIE BIOLOGICĂ
Dr. TELEMAN & Dr. ROŞCA
SIBIU, STR. MITROPOLIEI Nr. 17



HERBACHOL

Ceaiu pentru tratamentul afecțiunilor hepato-cholecistice, compus din 18 diferite flori, frunze și rădăcini medicinale. Grație acțiunii sale choleretice și cholagoge energice, cât și a efectului său slab purgativ, ceaiul se administrează cu rezultate excelente la cholelitiază, cholangită, icter, cholecistită, boli de ficat și acționează deasemenea contra constipației coexistente.

ANTACID

CU BELLADONA - FARA BELLADONA

Preparat alcalin pentru tratamentul hiperacidității stomacale și a consecințelor acesteia. Intrunind avantagiile alcalinelor ușor solubile și a sărurilor alcalino-teroase greu solubile, preparatul garantează atât dispariția momentană a fenomenelor supărătoare, cât și un efect continuu.

HYPACIDOL

Compus pe bază de **acid clorhidric** în formă lichidă, **pancreatină** și **pepsină**, reprezintă medicațiunea suverană a hipo- și anacidității gastrice și a urmărilor acestora.

Preparatul dă deasemenea rezultate foarte favorabile la tratamentul dispepsiei gastrice, a gastro-enteritei, a diareei cronice și a anemiei, precum și în tratamentul simptomatic a cancerului stomacal.

SAPIC SOCIETATE ANONIMĂ PENTRU INDUSTRIA CHIMICA

Anul II. Nr. 7—9. 10 Lei Exemplarul. Iulie—Sept. 1935.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ȘI ORGANIZARE SANITARĂ

Eupaco Merck

Spasmolitieul sigur

la toate spasmele musculaturei netede.

Calmant repede,

prin aceasta e posibil a înlătura morfina.

Prezentări și ambalage:

Tablete Eupaco à 10 buc.

„ „ „ 20 „

Supozitoare Eupaco à 5 buc.

„ „ „ 10 „

E. MERCK / DARMSTADT

Reprezentant în România:

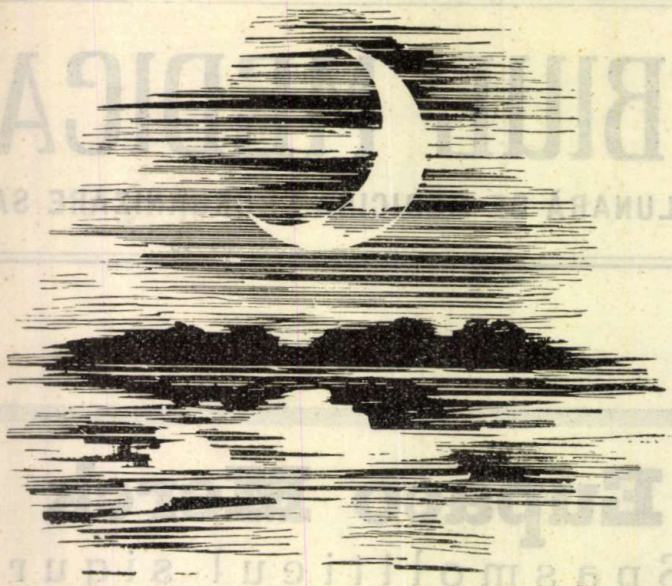
BIROUL ȘTIINȚIFIC,

București II.

Str. Luigi Cazzavillan 34.

SIBIU, 1935

Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“



EVIPAN

somniferul tipic pentru adormire şi readormire

luat chiar târziu noaptea sau către dimineaţă produce un somn de câteva ore, fără simptome de oboseală sau toropeală în urmă.

Ambalaj original:

tub cu 10 tablete de 0,25 ctg.

BAYER

»Bayer«

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţii generali pentru România:
„Pharma“ „Studerus & Co., Bucureşti I, str. Brezoianu Nr. 53.

Consideraţiuni medico-sociale ce privesc respectarea drepturilor individului bolnav psihiceşte şi siguranţa socială.

Dr. G. Preda,
medic primar director superior, Sibiu.

1. **Introducere.**

Faţă de noile idei şi legiuiri sociale ce urmează să se înfăptuiască în aşezămintele constituţionale ale statelor, psihologia şi psihiatria modernă trebuesc să-şi aducă contribuţiile lor la întărirea acestor aşezăminte, apărându-le cât mai bine contra acelor ce le-ar vătăma prin anomaliile lor sau prin tulburările lor psihice şi mintale.

Astăzi mult mai mult ca în trecut studiul igienei şi profilaxiei sociale, psihice şi mintale (cu laboratoriile, dispensarele, serviciile de consultaţii şi anchete, etc.); izolarea şi îngrijirea infractorilor anormali şi cu boli mintale sau psihice, a infractorilor de obiceiu sau recidivişti; ocrotirea minorilor, senililor, vagabonzilor, cerşetorilor, etc. (ca să nu numesc decât pe cele mai importante probleme), sunt acele ce stabilesc strânse legături între medicii de specialitate (igienişti, legişti, psihiatri, etc.) psihologi, sociologi şi jurişti.

Respectând pe cât se poate drepturile lor ca defectivi şi bolnavi; izolându-i de timpuriu sau după comiterea infracţiunilor (prin care-şi pun în evidenţă şi mai mult tulburarea lor); îngrijindu-i ca pe adevăraţi bolnavi; supraveghindu-i să nu fie redaţi familiei sau societăţii decât în condiţiuni cât mai bune, societatea şi statul prin organele lor respective, îndeplinesc pe lângă rolul de ocrotitor şi protector a lor şi acela de apărător al colectivităţii organizate.

Aceste idei precum şi bunele rezultate obţinute prin organizaţiunile sociale din America de Nord şi din Belgia, m'au făcut să întreprind o lucrare cu subiectul de mai sus, când întâmplarea îmi aduce la cunoştinţă proiectul noului cod penal român, votat în ultimul timp de Senat.

Părţile noui introduse în acest cod şi în special măsurile de siguranţă, fac de prisos orice altă argumentare pentru creierea de organizaţiuni sociale necesare să asigure dreptul individului bolnav şi siguranţa socială.

Găsesc în adevăr foarte merituoasă munca şi sforţările întocmitorilor acestui cod pentru o organizare cât mai integrală şi mai ştiinţifică a apărării sociale contra infractorilor şi în special a infractorilor bolnavi sau anormali psihici.

Oricât de preţioase au fost însă, colaborările celor competenţi şi oricât de îndelungat le-a fost timpul codificărei (14 ani), totuşi tendinţa de a pune „un perfect acord între postulatele ştiinţifice cu ideile morale adoptate de colectivitate, conform trebuinţelor politico-sociale", nu are un rezultat prea mulţumitor pentru toţi oamenii de ştiinţă, în special pentru psihologi şi psihiatri.

Sunt părţi care ar putea mulţumi şi pe aceştia dar sunt incomplecte expuse în cod.

Lacunele se datoresc probabil faptului că medicii specialişti (în special psihiatrii) şi psihologii, nu au avut în prealabil cunoştinţă de chestiunile care-i privesc, nu au discutat în societăţile şi congresele lor aceste chestiuni, deci nu au putut aduce de timpuriu contribuţia necesară unei bune complectări a codului.

Prin cele ce urmează nu intenţionez să critic o legiuire care înseamnă un mare progres pentru ţara noastră, de altfel nu am nici competinţa necesară unei analize a cuprinsului ei întreg, repartizat în 4 cărţi.

Mă voiu mărgini ca la lumina principiilor de care au fost călăuziţi alcătuitorii codului, să dau (în conformitate cu progresele psihologiei şi psihiatriei) explicaţiuni părţilor ce au legătură cu subiectul acestei lucrări, făcând câteva propuneri (pe care le cred în asentimentul colegilor competenţi), cu speranţa că vor ţine seama de ele, toţi acei ce lucrează la perfectarea Codului penal român.

2. **Concepţii ce stau la baza codificărei.**

In expunerea de motive a proiectului de cod penal găsim că acest cod păstrează „principiile vitale ale doctrinei clasice, cu complexul de idei pe care doctrina modernă le recomandă pentru aprecierea elementelor psihologice ale infracţiunei".

In consecinţă, codificatorii acceptă concepţia juridică care prevede o apărare socială bazată pe responsabilitate penală, elaborată în o lungă perioadă de civilizaţie puţin ştiinţifică şi în care dominau convenţiunile, obiceiurile, idei filozofice şi religioase, etc.

Principiul ei moral, derivă din noţiunile: libertate şi conştiinţă morală (responsabilitate morală). Pe baza acestui principiu justiţia face o apreciere intuitivă. Ea nu este obligată să ceară avizul şi nici să ţină seama de aprecierea medicală. Prin această judecată intuitivă, se dă o sancţiune infractorului. Se crede şi se speră că intimidarea adusă prin sancţiune, va face ca individul să-şi frâneze tendinţele sale rele şi odată cu ispăşirea prin pedeapsă, să aibă remuşcare şi căinţă. Desaprobarea actului va contribui deci, ca el să nu se repete.

Concepţia de mai sus este motivată de codificatori prin aceea că:

a) corespunde şi codurilor penale vechi;

b) nu sunt verificări ştiinţifice suficiente care să permită înlocuirea ideii de răspundere şi culpabilitate morală, prin ideia răspunderei bazată pe gradul de pericol pe care l-ar prezenta persoana infractorului;

c) Ideia răspunderei morale este împărtăşită de toată lumea, iar legiuitorul având rolul să examineze faptele, trebuie pentru clădirea unui sistem juridic, să ia în considerare ideile dominante care rezidă la baza psihologiei sociale. El nu poate deci nesocoti sentimentul libertăţei morale ce este unanim împărtăşit de credinţa populară; în sfârşit

d) concepţia pozitivistă consideră delictul ca un fenomen natural şi prin studiul factorilor criminalităţei s'ar ajunge la concluzia că responsabilitatea penală fondată pe libertatea de acţiune este absurdă şi că numai determinismul psihic poate constitui baza responsabilităţei.

După această din urmă concepţie însă toţi infractorii sunt responsabili, iar sancţiunea variază potrivit categoriei căreia aparţine infractorul. Acest fapt nu l-ar putea admite opinia publică, — zic legiuitorii — deoarece ea nu vrea ca: „nebunul să fie asimilat cu omul normal din punct de vedere al responsabilităţei".

Intocmitorii proiectului de cod dovedesc însă atât în cuprinsul expunerei de motive, cât şi în al articolelor din cod că privesc responsabilitatea penală mult mai apropiată de responsabilitatea medicală pozitivistă decât de cea morală tradiţionalistă.

Intr'adevăr vorbind de represiune ei zic: „represiunea nu este numai în raport cu rezultatele materiale produse de infracţiunea comună, ci şi cu gradul *de pericol ce prezintă infractorul pentru societate*, ceiace explică multiplele instituţiuni introduse prin cod şi care concură la o mai bună individualizare a pedepsei. Dacă responsabilitatea morală constitue fundamentul pedepsei, ideia de

individualizare este aceia care guvernează aplicarea ei" şi mai departe: „Judecătorul fixează represiunea în raport cu gravitatea *faptei, a gradului de responsabilitate a infractorilor cât şi a firei acestuia*". Acest fapt a condus legiuitorii „să organizeze un regim de executare mai flexibil, de natură să contribue cu mai multă eficacitate la reforma morală a infractorului".

Se dă deci posibilitate judecătorului să aleagă între mai multe sancţiuni acele ce trebuesc să varieze după natura infracţiunei şi *după caracterul infractorului.* In consecinţă codul prevede 4 pedepse privative (2 pentru crime, 1 pentru delict şi 1 pentru contravenţie).

In sfârşit se mai spune că: atunci când *condiţiunile responsabilităţei nu sunt întrunite complect,* judecătorul poate aplica măsura de siguranţă, „care este justificată nu prin existenţa unei culpe, ci prin *starea de pericol a infractorului, manifestată prin delictul comis,* săvârşirea faptului penal, jucând rol de simptom al periculozităţei criminale".

Asupra măsurei de siguranţă însă care este cea mai însemnată inovaţiune a proiectului (şi care după legiuitori nu constitue o funcţie morală sau de intimidare), cât şi asupra cuprinsului articolelor care privesc apărarea răspunderei sau micşorarea ei, voiu reveni mai târziu.

Faptul că se ţine seamă în judecată şi represiune de: starea de periculozitate a individului, de firea lui, de caracterul lui, de condiţiile unei responsabilităţi complecte, etc. stări şi condiţii, care nu pot fi bine apreciate decât prin o examinare medicală, mă face să cred că în responsabilitatea penală stabilită de judecător, concepţia pozitivistă medicală este aceea ce va domina.

Concepţia medicală bazată pe pozitivismul medical nu exprimă decât aprecierea ştiinţifică adusă prin examenul somato-psihic (biologic şi psihologic) al omului, examen care pe lângă o explicare mai bună a comportamentului psiho-social, stabileşte un diagnostic şi prognostic şi poate institui un tratament adecvat, folositor individului şi siguranţei sociale.

Acest pozitivism medical este de altfel rezultatul progresului făcut în domeniul psihologiei şi psihiatriei.

Este un fapt destul de bine cunoscut că psihologia şi psihiatria de astăzi, nu sunt asemănătoare epocei care a creiat legile din trecut bazate: pe prejudecăţi individuale sau colective; pe concepţii eşite (precum am spus) din obiceiuri, convenţiuni sociale, idei filosofice sau religioase.

Studiul fiziologiei şi patologiei umane; studiul degenerescenţei şi al degeneraţilor (Morel şi Magnan); concepţia criminalităţii înnăscute a lui Lombrozo; studiul eredităţei patologice cu creerea constituţiilor patologice; mecanismul influenţei fizicului asupra psihicului şi în special asupra moralului; studiul conştientului, inconştientului şi subconştientului; studiul de psihologie experimentală cu înregistrările de inteligenţă, temperament, caracter, voinţă, (ca să nu numesc decât pe cele mai importante), etc., vin alături de revizuirea nozografică a boalelor mintale, să lărgească domeniul psihiatriei, stabilind o concepţie pozitivă a naturii omeneşti cu o critică a scărei valorilor pe care trăesc, concepţie care se găseşte în opoziţie cu prejudecăţile tradiţionale pe care ar căuta să se bazeze şi astăzi concepţiile juridice.

In organizarea psihobiologică care explică conduita omului, psihologia poate depăşi biologia abordând domeniul moralului.

3. **Rolul biologiei şi psihologiei, în studiul moralei.**

Fără a căuta să aduc în discuţie — mai largă — problema degradării deficienţei sau degenerescenţei ereditare, ţin totuşi a menţiona că se admite de toţi oamenii de ştiinţă, că există nu numai o transmitere a caracterelor biologice dar şi a acelor psihologice şi că în influenţa germenului asupra părţei somatice, trebue să ţinem seamă nu numai de stările morbide ereditare sau dobândite, dar şi de stările morale degradante considerate ca fructe tot atât a cauzelor de boală externă sau internă (toxică, infecţioasă, etc.), cât şi a unor influenţe venite prin mediul social, moral, religios, politic, etc.

Aceste tare degenerative pot suprima sau face mai greu jocul cerebral sau psihic, aducând desechilibre şi tulburări care privesc reflexiunea, adaptaţiunea, conştiinţa binelui şi răului, etc. Aceşti taraţi pot rămâne responsabili de natura lor intelectuală, sentimentală, volitivă, temperament, caracter, etc., atâta timp cât ansamblul lor psihic nu este atât de profund tulburat încât să-i facă să sufere, să-i facă străini mediului social şi să-i facă neputincioşi adaptărei; cu un cuvânt atâta timp cât în urmărirea bunurilor vieţei nu se diferenţiază de ceilalţi oameni prin un sentiment de inferioritate.

Psihologia experimentală, studiind şi înregistrând date asupra inteligenţei, temperamentului, caracterului, suficienţei de sine, tendinţelor instinctive şi mai ales a adaptaţiei la realităţile materiale, familiare şi sociale, poate aduce o contribuţie mare la studiul personalităţei individului, la studiul acestor taraţi, înlesnind aprecierea juristului, pentru cazurile de infracţiune.

Ni se poate obiecta (poate chiar şi de unii medici) că aşa pusă problema, ea ar depăşi medicina, medicii biologi trebuind să rămână numai la aspectele medicale.

Un materialism biologic prea exagerat ca şi o biologie rău înţeleasă nu ar folosi însă cauzei. O tendinţă biologică prea determinată şi pragmatică care ar pretinde să se studieze fenomenele mintale şi psihice numai în numele experienţelor şi observaţiilor pur clinice sau care ar face apel numai la funcţiile psiho-sociale de autoconducere, (autodirecţie), fără aprecierea valorei subiective a gândirei şi conduitei, fără a se ocupa de jocul interior al conştiinţei, ar fi o eroare.

Psihologia de altfel ajută şi complectează astăzi foarte mult biologia. Dacă individul tarat nu se arată clinicește atins de o boală ereditară evolutivă, mai mult dacă comportamentul său extern lasă impresia unei luciditâţi suficiente pentru înţelegerea conduitei sau a actului său antisocial, psihologia prin mijloacele sale (teste, instrumente, aparate, etc.) poate să ne arate gradul de reducere al discernământului, al adaptărei şi cu timpul al îndreptărei sale. Mai ales când va fi vorba de un tratament pentru corectarea sau îndreptarea unui astfel de individ, nu trebue să dăm dovada acestui materialism biologic, aşteptând totul numai dela un regim de izolare sau pur medicamentos (farmacodinamic). Studiul comportamentului psiho-social şi acel al psihoterapiei pot deci să-şi aducă contribuţia folositoare lărgind domenul medical.

Recunoaştem că acest studiu nu este aşa de înaintat încât să putem cunoaşte prin înregistrări obiective unde este limita exactă între reacţiunile normale şi cele anormale sau patologice. Distincţia deci între infractorii normali şi cei taraţi, între recidiviştii normali şi cei desechilibraţi, între un pervers şi un pervertit, se va face cu greu.

Pe un fond aproape comun la toţi oamenii normali, se desvoltă după tendinţele înnăscute, după mediu sau după educaţie, grade de inteligenţă şi moralitate, care permit indivizilor să se adapteze variat la viaţa socială. Având o idee mai mult sau mai puţin mărginită, mai mult sau mai puţin complexă asupra acestei vieţi sociale, individul caută să-şi adapteze reflexele sau reacţiile sale la această viaţă.

Negreşit că condiţiile sociale originale joacă un rol important, în înţelesul că individul sau se ataşează pasiv la un nivel social oarecare, sau se înalţă în mod activ prin inteligenţă şi felul său de a lucra.

Există deci grade diferite de discernământ şi de adaptare socială, individul fiind considerat ca normal numai atunci când prin facultatea de reflexiune şi de autoconducere, îşi înfrânează instinctele, dorinţele şi când înţelege şi poate să-şi adapteze conduita sa mediului în care se găseşte.

O bună etalonare prin datele psihologiei experimentale, ne-ar conduce la grupări care ne-ar indica variate grade de scădere sau de deficienţă a indivizilor infractori, grupări de un interes vădit pentru categorisirea acestor indivizi.

Dar deşi se recomandă ca în examenele psihologice, individul să fie privit în raport cu mediul respectiv, totuşi aceste examene sunt mai mult de laborator. Prin ele deci nu ne putem da exact seama de intervenţia mediului sau a societăţei cu influenţele oamenilor, cu valorile sale reale (sociale), cu cadrul său moral, cu ansamblul de credinţe colective, cu valorile esenţiale pe care le impun anumiţi oameni de elită şi idealişti etc.

Negreşit se speră că într'un viitor apropiat vom avea cercetări mai complecte, studiindu-se individul în mediul său respectiv. Ele negreşit vor oglindi şi mai bine caracterele personalităţei omeneşti. Cum însă medicului nu-i este dat să cunoască (de cele mai multe ori) împrejurările unei infracţiuni, negreşit că aprecierile sale sub raportul comportamentului psiho-social al infractorului, nu pot avea rigoarea ştiinţifică necesară.

Descoperirea unui purtător de simptome sau stigmate, de către un medic, nu înseamnă încă înţelegerea întregului mecanism al reacţiunilor lui rele în societate, nici a mobilelor psihologice şi morale care fac din el un delicvent sau criminal. Tarele degenerative (în special cele morale) nu trebuesc privite ca fatalităţi organice, căci prin aceasta se poate creea individului tarat ideia neresponsabilităţei faţă de actul anti-social comis, suprimându-se totdeodată ideia vindecărei sale prin educarea şi desvoltarea conştiinţei morale şi a efortului personal.

Medicii, oricât de specialişti sau competenţi ar fi, nu cred că ar putea pretinde să conducă singuri apărarea socială, modificând la toţi infractorii condiţiile morale care preşidă la aprecierea conduitei omeneşti. Dar aspectele variate şi complexe ce privesc comportamentul biologic şi psiho-social al acestor indivizi infractori le impun o deosebită atenţie în examen. Numai astfel ei pot rămâne consultanţi şi colaboratori preţioşi la aprecierile şi hotărârile judecătorilor.

Pentru a servi cauzei, codul penal sau acel de procedură penală ar trebui deci să introducă obligativitatea consultărei sau expertizei medicale pentru anumite cazuri de infracţiune.

Nu putem nega câtuşi de puţin valoarea judecăţei intuitive a judecătorului care fiind pus în măsură să cunoască complexul de împrejurări în care s'a comis infracţiunea, capătă o rutină în cunoaşterea comportamentului psiho-social a infractorilor, dar valoarea acestei judecăţi se ridică şi mai mult cu datele biologice şi psihologice pe care i-le poate aduce medicul.

Judecătorii conştienţi de datoria lor şi cari nu vor să-şi încarce conştiinţa cu aprecieri şi hotărâri ce nu corespund poate adevărului, vor face apel şi în viitor ca şi în trecut la datele pozitive medicale. Felul defectuos cum se proceda în trecut şi cum se va proceda până la aplicarea noului cod penal, trebue să ne servească să tragem învăţăminte pentru viitor.

4. Indatoririle actuale ale medicului expert şi greutăţile expertizei.

In practică se cere medicului expert: *a)* să se pronunţe asupra stării mintale a individului în momentul când a comis infracţiunea, precum şi *b)* asupra faptului dacă această stare mintală îl poate face responsabil sau neresponsabil de actul său. Deşi responsabilitatea nu este înscrisă în codurile existente, totuşi prin uz se cere medicului să se pronunţe asupra ei.

Cultura medicală şi tendinţa de a da o explicaţie ştiinţifică, obligă pe medic mai ales în cazurile când boala mintală, tulburarea psihică sau anormalitatea nu este evidentă, ca pe lângă un examen corporal şi sufletesc, să cerceteze amănunţit antecedentele ereditare şi personale, existenţa tarelor fizice şi morale (temperament, caracter, etc.), a boalelor (intoxicaţiuni, infecţiuni, tulburări umorale, etc.) cu un cuvânt al tuturor incidentelor anormale sau patologice care ar putea să indice un comportament întrucâtva anormal pentru cazul şi circumstanţele date.

Este drept că prin acest examen medical, el caută să facă o diferenţă între starea psihologică normală şi cea patologică (de exemplu între starea de pasiune şi delirul de gelozie), dar această diferenţă este uneori superficială căci ea este datorită unei interpretaţiuni şi judecăţi comune, care ţin mai mult de o cultură psihologică şi morală bazată pe principii filosofice, decât pe acele ale biologiei noui.

Când nu se putea opri la o formă precisă de boală mintală sau psihică, medicul găsea pentru infractor o explicaţie în tempe-

rament, constituţie, pasiune, refulare, etc., cu un cuvânt găsea o cauză reductibilă la un funcţionament dat al organismului psihosomatic. Dacă pentru justiţie explicaţia nu constituia poate, o scuză sau o scutire de pedeapsă, pentru medic îl punea pe calea unui mecanism.

Lipsa organizaţiunilor sociale care ar fi permis să se înfăptuiască logic concluziile medicale, interpretaţiunile diferite a unor puncte de doctrină medicală şi de apărare socială, duc deseori la un desacord atât între medici, cât şi între medici şi jurişti.

Pentru medici este destul de bine cunoscut faptul că: între stările de boală a infractorilor cu simptome evidente, care impun internarea în spitalele de boli mintale sau în azile, şi indivizii normali care pot comite delicte sau crime, este o scară lungă cu numeroase trepte. Pe fiecare din ele se găsesc numeroşi indivizi, care prin stările lor înnăscute sau dobândite, prin temperamentul, caracterul, etc., pot să se apropie mai mult, fie de scara de sus, fie de cea de jos. Categoriile de indivizi din partea mijlocie a scării ar intra prin simptomele sau sindromele lor în rândul degeneraţilor mijlocii (Magnan) sau a desechilibraţilor. Aceştia exprimă realităţile clinice cunoscute sub numirea de: emotivitate bolnavă, nervoză neurastenie, psihastenie (cu obsesiuni sau fobii), impulsivitate, perversitate (perversiuni sexuale), erotomanii, toxicomanii, excitaţiuni sau depresiuni constituţionale, tulburări de caracter, stări pasionale, desarmonii, desechilibru, spirite sectare, etc.

Aceste realităţi făceau pe unii medici să ceară pe lângă o codificare a neresponsabilităţei şi responsabilităţei şi pe aceia a responsabilităţei atenuate..

Aceste realităţi sunt acele ce aduc desacordul între medicul terapeutist şi cel expert. Cel dintâi îmbibat de spiritul pozitivismului medical, găsindu-se în faţa unor convenţii juridice străine de concepţiile şi concluziile sale, caută să le combată ştiinţificeşte, cerând pentru individul infractor nu o pedeapsă, dar un tratament; cel de al II-lea auxiliar al justiţiei, simţind necesitatea de a adapta represiunea penală şi apărarea socială la un sistem concret ştiinţific, traduce în limbagiul juridic observaţiile sale întreprinse în spiritul medical.

Acest desacord nu devine de obiceiu public, cât timp infracţiunea nu are răsunet în opinia publică. Expertiza în acest din urmă caz, este întreprinsă în mod liber, adică neinfluienţată prin vre-o presiune exercitată din afară. Cazul rămâne desbătut în cabinetul

magistratului, sau în sala de şedinţe. Numai în cazurile prea delicate există cel mult o discuţie între apărare şi acuzare, fiecare din ei referindu-se la doctrina medicală.

Când infracţiunea are însă un răsunet în opinia publică, când lumea se interesează de ea şi de aprecierile medicale, atunci expertiza (ca şi instrucţia) se face într'o atmosferă plină de polemici şi interpretări, iar aprecierile medicale sunt viu comentate. Se ivesc uneori experţi oficioşi şi asistăm deseori la discuţii contradictorii nu numai între apărare şi acuzare (care vor adapta concluziile expertizei, după deosebite criterii) dar şi între experţi, care aduc în susţinerea concluziilor lor, bogate şi variate argumente.

Dar uneori medicii se arată în desacord, nu atât pe teren tehnic medical, cât pe cel doctrinal de apărare socială. Unii stimând prea mult apărarea socială caută să împiedice imitaţia sau contaminarea infracţiunei şi se afiliază ideii de represiune penală severă. Pentru a da un exemplu, aceştia declară pe toţi infractorii de responsabili. Ei nu recomandă pentru internare în spitalele de boli mintale sau azile, decât bolnavii şi anormalii mintali ce prezintă tulburări prea evidente. Prin opoziţie vom găsi alţi medici, cari judecând mai mult medicaliceşte decât socialiceşte, trimit aceiaşi categorie de infractori pentru îngrijire medicală în aşezămintele psihiatrice existente, întrucât nu există altele adecvate stării lor.

Aprecierile judecătorilor fiind deseori identice concluziilor medicale, asistăm la faptul, că unii indivizi semi-responsabili sunt internaţi în spitalele de boli mintale, alţii ce necesită îngrijire medicală sunt lăsaţi în libertate ; în sfârşit altor cu responsabilitatea atenuată (ce este considerată ca sinonimă penalităţei atenuate) li se dă o pedeapsă redusă în timp ce ei sunt tocmai acei ce au nevoie de o îngrijire medicală mai îndelungată, pentru a se putea îndrepta şi rămâne inofensivi în societate. (Va urma)

Spitalul de Stat — Sighişoara.
Director: Dr. N. Onaca.

Fibromul intestinului subţire

de **Dr. N. Onaca.**

Tumorile atât maligne, cât şi benigne se localizează foarte rar la nivelul intestinului subţire. In clinica lui Mayo au fost tratate 35 cazuri de tumori benigne primitive ale intestinului. Jumătate din tumori au fost observate la bolnavi în etate de 30—40 ani. Adenomele şi miomele sunt mai frecvente şi formează trei sferturi din cazuri. Din restul cazurilor a fost diagnosticat un fibrom. Stämler găseşte în literatură 38 cazuri de fibrome ale intestinului subţire.

Fibromul poate să ia naştere din toate tunicile intestinului. Mai des se desvoltă în afară şi dă naştere la ocluziuni intestinale. In cazul pe care îl voiu descrie mai jos fibromul s'a manifestat prin hemoragie abondentă intenstinală fără ca bolnava să prezinte fenomene de ocluzie. O particularitate interesantă a cazului operat de mine este că tumora prezenta o parte transformată într'un chist hemoragic.

In cazul operat de mine este vorba de o bolnavă de 30 ani, casnică. Antecedente heredo-colaterale şi personale nimic deosebit.

Intră în spital pentru dureri abdominale şi anemie profundă.

Historicul boalei: Debut înainte cu 10 ani, în mod insidios, bolnava observă că fără nici o cauză are perderi de sânge prin materiile fecale. Pierderile de sânge se produc spontan de 5—6 ori pe an şi au o durată de 10—14 zile. Concomitent bolnava are dureri abdominale şi balonare.

Examenul obiectiv. Starea generală este bună, ţesutul celulo-grăsos slab desvoltat, tegumentele palide anemice, anemie profundă. Sistemul limfatic: ganglionii nu sunt măriţi. Aparatul circulator şi respirator nu prezintă nimic deosebit.

Abdomenul este excavat, la palpare se simte în jurul ombilicului o tumoră de mărimea unui pumn de adult care este mobilă, puţin sensibilă şi se deplasează cu modificările de poziţie a bolnavului. Ficatul şi splina nu prezintă nimic deosebit. Reflexele sunt

normale. Examinări de laborator: R. Wassermann este negativă. Examenul radiologic al tubului digestiv: Pe traectul intestinului subţire se constată o nişă persistentă care se mişcă cu tumoara abdominală.

Urina nu prezintă nimic deosebit.

Intervenim sub anestizie rachidiană. Laparotomie mediană sub ombilicală. Constatăm prezenţa unei tumori de mărimea unui pumn de adult desvoltată pe traectul intestinului subţire la o distanţă de circa un metru dela valvula ileo-cecală. Tumoara era desvoltată în spre mezenter, avea o conosistenţă păstoasă, puţin renitentă, nu este aderentă de organele vecine. Ganglionii mezenterici nu sunt măriţi. Extirp tumoara făcând rezecţie de intestin.

Mersul post-operator este bun, bolnava părăseşte spitalul a 12-a zi după operaţie.

Tumoarea trimisă la Institutul de Anatomie Patologică din Cluj, prezintă următorul tablou:

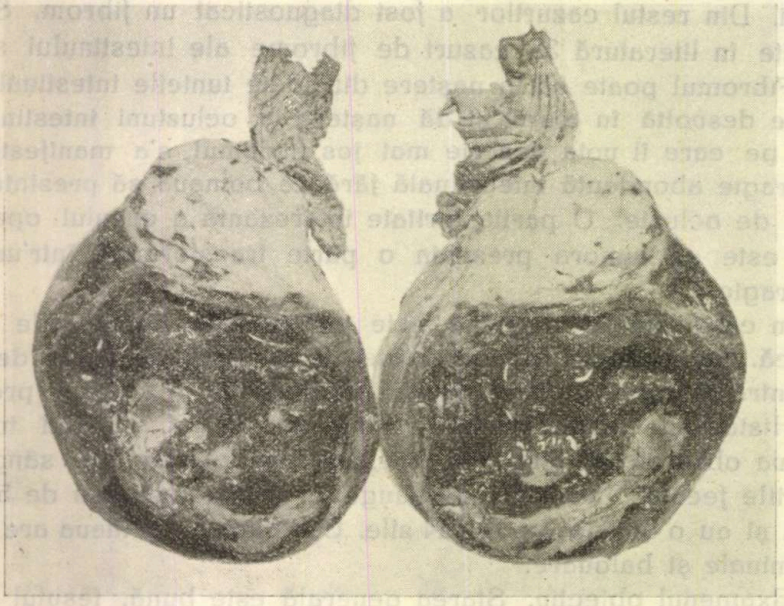


Fig. 1. Fibrom degenerat chistic al intestinului subţire.

Macroscopic tumoara prezintă pe suprafaţa de secţiune o porţiune solidă care se continuă cu peretele intestinal. Mucoasa intestinului în dreptul tumoarei prezintă o ulceraţiune de formă ovoidă de mărimea unui bob de fasole. In rest tumoara este formată dintr'o pungă plină cu coaguli sanghini.

Histologic porţiunea solidă a tumorei prezintă tabloul histologic caracteristic pentru un fibrom.

Acestea tumori sunt rare, Bonnean a publicat în Buletinul Soc. de chirurgie din Paris în anul 1928, un caz analog. In cazul D-lui era vorba de o femeie în etate de 36 ani căreia i se pusese diagnosticul de fibrom mezenteric.

Diagnosticul tumorilor benigne intestinale e foarte greu de pus. Din cauza că în acestea tumori pasagiul intestinal fiind liber ele se confundă de regulă cu tumorile mezenterice. In cazul nostru am avut melena şi nişa care ne-a pus pe calea diagnosticului. In clinica lui Mayo, diagnosticul preoperator cu ajutorul radioscopiei s'a pus în şase cazuri.

Tratamentul este extirparea tumorei prin rezecţie de intestin.

Literatură: 1. Ives Delagentère Ann. danat. pathol. et. d'anat. norm. med. chir. Bd. III—926. 2. Kurt Key Aberg. Acta chir. scandin. Referat Zbl. f. chir. Nr. 29, 928. 3. I. Wale. Polscki Perzegl. chir. 6. 927. Ref. Zbl. f. chir. 4. A. Daniels Arch. f. klinisch. chir. 151. 5. Raimond Bonneau, Bull. Soc. chir. Paris 20. 928. 6. A. Kortzeborn Zbl. f. chir., 17. 930. 7. F. W Rankin und C. S. Newel, Surg. etc. 57. 1933. Ref. in Zentral blat f. chir. 25. 934.

Togal

combinaţiune de acid acetylosalicilic, cu chinină şi lithiu este remediul ideal în toate manifestaţiunile dureroase ale

Reumatismului; deasemenea în gută, sciatică, lumbago, nevralgii, migrene, gripă, etc. etc.

Acţiune rapidă şi sigură. Nu provoacă nici un fel de turburare în funcţiunea normală a altor organe ca: stomacul, inima, rinichii, etc.

POSOLOGIE: de 3 ori pe zi câte 2—3 tablete.

Spitalul de Stat din Făgăraş.
Secţia de boale interne: Dr. Stanciu Stroia.

Consideraţiuni în legătură cu două cazuri de eritem nodos

de **Dr. Stanciu Stroia.**

Având ocazia să observ timp de doi ani în continuare doi bolnavi, unul suferind la început simultan de eritem nodos şi conjunctivită flictenulară apoi de reumatism poliarticular cu caracter de reumatism Poncet şi în prezent având leziuni clasice de abces rece şi artrită tuberculoasă la nivelul articulaţiei tibio-tarsiene din dreapta, al doilea suferind de pleurezie exudativă stângă cu lichid de natură tuberculoasă, iar în primăvara anului trecut de eritem nodos, îmi permit să relev aceste cazuri relativ rari şi interesante, pentru motivul ca nu-mi pare lipsită de interes observarea diferitelor stadii de evoluţie ale manifestaţiunilor tuberculoase ce le-au prezentat succesiv aceşti doi bolnavi.

In urma cercetărilor de laborator şi a multiplelor observaţii clinice, astăzi primează unanim convingerea că eritemul nodos şi conjunctivita flictenulară sunt produse de formele filtrante şi tinere al bacilului Koch. In sprijinul acestei teze se înrolează şi observarea cazurilor de faţă.

Primul caz se referă la un băiat de 15 ani, ucenic la pantofărie, orfan de tată, tatăl fiind mort acum 10 ani de o afecţiune pulmonară; în antecedente afară de pojar la vârsta de 6 ani neagă alte boli.

Intr'una din zilele lunii Septemvrie 1933, este adus la consultaţii de mama lui pentru ascensiuni mari de temperatură, inapetenţă, transpiraţii profuze şi dureri dealungul ambelor gambe.

La examinare am constatat o stare generală rea, habitus astenic, mai slab desvoltat în raport cu vârsta, ţesutul subcutanat şi muscular flasc; sensoriul şi sistemul osos intact; o serie de mici ganglioni cervicali bilaterali, aşezaţi în lanţuri.

Pe ambele gambe anterior se constată o mulţime de eruptiuni papuloase roşietice de 2—3 cm. diametru, cari pălesc la digitopresiune, uşor sensibile, cele mai mari de culoare violacee, dure la palpare.

Pulmonar: respiraţia suflantă interscapulovertebral drept, fără raluri supra adăugate. La cord sgomote clare, mai accentuate, tachicardice.

Radioscopic semne de adenopatie tracheo-bronchică, cu hilul drept pulmonar mai bogat.

In acelaş timp se mai constată şi o iperemie difuză în porţiunea externă a globului ocular stâng, cu o mică tumefiere aproape de pupilă, dela care se îndreaptă în formă de evantai o serie de striaţiuni vasculare; ochiul lăcrimează puţin.

Pierzând legătura cu bolnavul, mama refuzând al lăsa în Spital pentru observare şi tratament, îl revăd în primăvara anului 1934, deci după o jumătate de an, când se prezintă din nou la consultaţii cu dureri generalizate la toate articulaţiile mari, articulaţiile tibiotarsiene, fiind şi tumefiate, cu stare generală rea şi temperatură până la 39°, fiind din nou bolnav de două săptămâni.

La examenul fizic al cordului am găsit sgomotele clare, fără leziuni valvulare. Tratamentul cu salicilat de sodiu urmat la domiciliu după consultarea unui medic, n'a produs nici o ameliorare, durerile şi febra persistând.

Inclinând pentru patogenia bacilară, a manifestaţiunilor articulare, având în vedere mai ales absenţa oricărui semn de leziune valvulară, rezistenţa la tratamentul cu salicilat şi antecedentele bolnavului, după un tratament adecvat de trei săptămâni, în care timp s'a administrat bolnavului pe lângă calciu, medicamente simptomatice, antitermice şi antinevralgice, tonice, generale şi roborante, fenomenele morbide locale şi generale au cedat, perzistând numai o tumefiere la nivelul articulaţiei tibio-tarsiene din dreapta. După alte două luni, în care interval de timp bolnavul n'a mai urmat nici un tratament, văzând că au dispărut durerile articulare, s'a format un abces rece la nivelul articulaţiei tibio-tarsiene drepte.

Cazul al doilea se referă la observarea evoluţiei boalei unei domnişoare studente de 19 ani, care în primăvara anului trecut a fost tratată pentru septicemie de origine amigdaliană, făcându-i-se la Braşov şi un abces de fixaţie la coapsa dreaptă, prezentând o stare febrilă cu caracter septic timp de 6 săptămâni.

Examinând şi eu bolnava în luna Octomvrie 1933, după ce au dispărut fenomenele de septicemie şi s'a închis abcesul de fixare, în legătură cu mici oscilaţiuni febrile, cari nu treceau după amiazi 37,5 gr. şi o stare generală rea cu inapetenţă şi astenie ireductibilă, găsesc la aceea dată un focar mic de congestie pleuro-pulmonară în axila stângă. După 2 săptămâni se prezintă şi lichid la

baza hemitoracelui stâng, iar radioscopic se confirmă pleurezia cu lichid pozitiv la puncţia exploratoare, prezentând toate caracterele de exudat bacilar.

Din anamneză şi studierea evoluţiei simptomelor morbide am ajuns la convingerea că şi în acest caz, ca şi în altele, pleurezia a unui puseu nu de spticemie streptococică cum a fost tratată bolnava (hemocultura pentru streptococi făcută în laboratorul de igienă din Braşov a fost natural negativă), ci în urma unei septicemii bacilare, care a debutat cu simptome de eritem nodos.

Până în luna Martie a. c., tratând bolnava ambulant, i-am administrat ce se prescrie obişnuit în cazurile de pleurezii şi peritonită tuberculoasă: cură de repaos, regim mixt substanţial bogat în hidrocarbonaţi cu puţină sare şi nu prea multe proteine, comprese, medicamente simptomatice, tonice şi eupeptice plus calciu per os şi în injecţii fără a obţine o ameliorare evidentă. Din 10 Martie instituind o cură de injecţii cu Sanocrysin disolvată în gluconat de calciu, inspirat fiind de un articol din România Medicală al D-lui docent Dr. Hagiescu, după 6 injecţii de Sanocrysină în doze crescânde dela 0,01—1,20 grame, starea generală s'a ameliorat evident, lichidul a început să scadă (bolnava a refuzat puncţia evacuatoare), iar temperatura s'a normalizat.

Continuând injecţiile de aur la 7—10 zile interval, urcând doza până la 0,25 gr. şi administrând în total 2 grame de Sanocrysină, astăzi bolnava poate fi considerată vindecată.

Am amintit despre tratamentul cu aur în acest caz pentru a aduce o observaţie în plus în sprijinul tratamentului activ cu aur ce trebue urmat şi în cazurile de manifestaţiuni secundare ale tuberculozei, chestiune ce a fost pusă de altfel la punct în România la congresul de tuberculoză ce s'a ţinut la Iaşi în luna Iunie a. c.

Ceeace m'a determinat să comunic aceste două cazuri este în primul rând observarea relativ puţin frecventă a apariţiei simultane de eritem nodos şi conjuctivită flictenulară intricate la acelaş bolnav şi evoluţia eritemului nodos, considerat astăzi ca o manifestaţiune a infecţiei organismului cu forme tinere şi filtrante ale bacilului Koch.

Dacă laboratorul nu ne stă la dispoziţie şi nu ne poate confirma întotdeauna prezenţa în hemocultură a bacilului Koch, Clinica şi observarea bolnavilor suferinzi de eritem nodos ne indică să-i supraveghem de aproape şi să-i tratăm activ cu întreg arsenalul terapeutic de medicamente antituberculoase inclusiv preparate injectabile de aur şi după ce au dispărut fenomenele generale sau locale de boală, după ce a cedat febra şi au regresat leziunile de pe gambe ţinând seamă şi fiind mereu atenţi la posibilitatea unei agravări şi a unei recidivări a procesului tuberculos latent.

Cardiazol-Efedrină

«Knoll»

cupează astmul,

indicat în deosebi la astm cronic cu alterațiuni ale inimii drepte, astm bronchial cu stări de bradicardie sau hipotonie, bronchită astmatică, emfizem,

combate insuficiența circulației,

dă rezultate foarte bune la

colaps al vaselor, insuficiență cardiovasculară, bradicardie, bloc al inimii, scăderea tensiunii sanguine, minus-decompensație, intoxicații, ca profilactic înaintea narcozei.

Picături Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 gr.
10% 1,5%

Tablete Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Fiole Cardiazol-Efedrină «Knoll» à 1,1 cm³, ambalaj original cu 6 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Ca doză medie se dă de 2–3 ori pe zi câte 10–20 picături, sau câte ½–1 tabletă. Subcutanat sau intramuscular se dau 1–2–3 fiole pro die. Administrarea intravenoasă la cardiopatii organice decompensate este absolut contraindicată.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, LUDWIGSHAFEN/RIN

Reprezentanță și Depozit pentru România:

KNOLL S. A. R., Produse chimice-farmaceutice BUCUREȘTI III, Str. Atena, 29

2*

BIOTONICUM

Roborans - Tonicum - Stomachicum

1 fl. — 250 gr. cu și fără arsen Lei 100·—

este o soluție coloidală de Fe și Mn cu gust foarte agreabil, combinat cu P și As în formă foarte eficace

Indicațiuni: (mai ales)

în toate formele de anemii (Fe, Mn), neurastenie (P), în convalescență, după boalele infecțioase și după operații, în tuberculoză generală și pulmonară, în diatezele exsudative, la boalele tubului digestiv și ale nutriției, în neuroză gastrică și ulcer, în excemele cronice (As) etc.

Farmacia OSCAR ALESI Sebeș-Alba

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17e)

Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PROVEINASE

MIDY

REGULATORUL CIRCULAȚIEI VINELOR

TURBURĂRILE FORMAȚIEI ȘI LIPSEI DE MENSTRUAȚIE

Literatura și Eșantioane. 2 la 4 comprimate pe zi.

J. E. BUCUR 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

Spitalul de femei, Cluj, Director: Dr. Dominic Stanca.
Secţia Ginecologică, Medic primar Docent Dr. Stanca.

Contribuţiuni la cazuistica menstruaţiei tubare

de

German Nicolae şi Neamţu Ilie.

Având în vedere că numărul publicaţiilor asupra menstruaţiei tubare este foarte restrâns şi ţinând cont de faptul că această problemă, a fost şi este încă discutată, ba de unii chiar contestată, avem credinţa că prin publicarea cazului de faţă, vom contribui şi noi la clarificarea acestei probleme. In cadrele activităţii operatorice a d-lui Docent *Dr. C. Stanca*, medicul-primar al Spitalului de femei, am avut posibilitatea de-a observa şi comenta acest caz în justa lui valoare.

Iată acum descrierea cazului observat: *A. O.* de 37 ani, loc. Cluj, se prezintă la consultaţiile Spitalului de femei din Cluj, la data de 28 Septemvrie 1933, cu fenomene de dureri abdominale, mai accentuate în regiunea hipogastrică. Este primită şi supusă examenelor clinice obişnuite. (No. F. Obs. 3320—1933).

Accedente heredo-colaterale: fără importanţă.

Antecedente personale: intoxicaţie alimentară înainte cu un an. *Prima menstruaţie* la 12 ani, se repetă regulat cu durată de 6—7 zile. In timpul menstruaţiei nu acuză inconveniente. Menstruaţia ultimă la 22 Iulie 1933. Naşteri n'a avut, avorturi neagă.

Starea generală: de statură mijlocie, tegumentele şi mucoasele vizibile palide. Ţesutul celulo-adipos şi muscular redus.

Boala actuală: Datează din 12 Iulie a. c., când trebuia să-i vină menstruaţia şi care apare abia în 22 Iulie cu dureri. Intre timp consultă doi medici, care îi prescriu ceva medicamente, după cari fenomenele prezintă o oarecare ameliorare, care este însă numai pasageră. Simptomele o determină să se prezinte la Spitalul de femei din Cluj.

Examen clinic şi ginecologic: Cord, plămâni, rinichi şi sistem nervos în aparenţe normale.

Genital: uşoară hemoragie, relaxarea diagframului pelvian, uterul în retro-flexie-versie, anexa din dreapta sensibilă şi pare a fi ade-

rentă. Regiunea apendiculară sensibilă. Secreţiile cervico-uretrale gec. negativă. Tensiunea arterială maximă 11. In urină nimic patologic. Se pune diagnosticul de *apendicită subacută* cu o *anexită cronică dreaptă.*

Decidem intervenţie.

Operaţia se face în 30 Noemvrie 1933, de către *dl Doc. Dr. C. Stanca,* în anestezie rachidiană cu rachicaină 8% + cafeină 0.25 gr.

Deschizând cavitatea abdominală se găseşte cecul căzut în Douglas, apendicele incovoiat, de 12 cm. lungime, în întregime congestionat şi aderent de cec. Se face *apendicectomie.*

Uterul în retroflexie-versie, uşor mărit de volum, *prin ambele trompe cu totul normale dar în deosebi prin cea din dreapta se scurge sânge.* In Douglas 50 cm.^{3} sânge necoagulat. Anexele libere. Se face *histero-pexie după Dudley.* Se închide cavitatea abdominală în trei etaje. Decursul post operator fără nici un inconvenient.

Analizând literatura corespunzătoare avem de-a observa mai multe chestiuni, cari pot contribui la elucidarea fenomenului.

a) S'a constatat de mai mulţi operatori prezenţa sângelui de origine tubară în cavitatea abdominală, respectiv în Douglas fără a exista vreo sarcină extrauterină; tot aceşti autori au putut constata că sângele se scurgea picătură de picătură din una sau ambele trompe;

b) Constatarea s'a făcut în majoritatea cazurilor în retroflexiile ale uterului, operaţia fiind întâmplător făcută în epoca fluxului menstrual sau în alte emorage;

c) In cazul nostru a fost o lipsă de menstruaţie de 10 zile, ceiace n'ar fi putut face să ne gândim la o sarcină extrauterină, sau la prezenţa unei sarcini uterine întrerupte, deci la un avort. Controlând trompele nu am putut găsi nici o schimbare patologică şi care să fi suspectat existenţa unei graviditâţi extrauterine.

d) Sarcina uterină a fost exclusă prin examenele clinice făcute de repetate ori, dar chiar şi în cursul operaţiunei nu s'a găsit nici la uter şi nici la ovare, vre-un indiciu de graviditate;

Cum se produce această sângerare tubară la un uter în retroflexie, fără sarcină extrauterină sau intrauterină?

Când uterul este deviat în forma unei retroflexii, fundul uterin se află mult mai jos, decât colul; deci sângele, care se adună în regiunea fundică va găsi orificiile tubare prin care se va prelinge dealungul canalului tubar şi dacă acesta este deschis se va scurge chiar în cavitatea abdominală liberă.

Aceasta ar fi forma mai simplă; există încă o a doua varietate, pe care o putem observa şi în cazurile cu anteflexie-versie: este *heterotopia endometrului*, deci când în trompe, diseminat sau în mod insular se formează adevărat epiteliu endometran. In aceste cazuri avem adevărată menstruaţie tubară, căci mucoasa tubară va prezenta toată gama schimbărilor fiziologice pe cari le vedem la endometrul ce căptuşeşte cavitatea uterină, în cursul celor 4 săptămâni de ciclu periodic.

Deci din cele de mai sus reiese, că avem de-a face cu două feluri de emoragii tubare: *a)* una *primitivă* sau menstruală din mucoasa uterină heterotopică şi *b)* una *secundară*, în care trompa formează numai un canal de scurgere a sângelui extravazat pe suprafaţa endometrului.

Am fi fericiţi dacă prin publicarea cazului de faţă am fi putut aduce o oarecare lumină în mult discutata chestiune a emoragiilor tubare, fără inflamaţie şi fără sarcină extrauterină. Rămâne, ca să se multiplice aceste observaţiuni prin atenţiunea operatorilor, căci singuri ei pot să aducă lumină deplină în problema aceasta, de care ne-am ocupat şi noi în comunicarea de faţă.

Probleme de organizare sanitară şi profesională.

Reglementarea taxelor şi onorariile cuvenite medicilor sanitari.

Prin Decizia Ministerială Nr. 55.796 din 30 August 1935 se reglementează după norme unitare perceperea taxelor şi onorariilor medicale pentru toate spitalele aparţinătoare Ministerului Sănătăţii. Aceasta reglementare se referă atât la felul taxelor şi onorariilor, cari se pot percepe în Spitalele Ministerului, cât şi la modul lor de repartizare. Decizia Ministerială cuprinde dispoziţii precise şi categorice privitor la perceperea acestor taxe şi onorarii şi legitimează în multe privinţe o stare de fapt, care era lipsită de un temei legal bine precizat. Se fixează deci o normă legală de conduită în aceasta materie, în care s'au produs până în prezent o serie întreagă de echivocuri şi nemulţumiri, cari au dat naştere la multe reclamaţiuni urmate de anchete, contribuind prin aceasta la discreditarea medicilor noştri de spitale.

Judecată sub acest raport recenta reglementare, ea este bine venită şi va avea marele merit de a statornici, în fine, o regulă şi o normă unitară în chestiunea perceperii acestor taxe, punând capăt unei stări haotice şi profund dăunătoare atât bunului mers al spitalelor, cât şi prestigiului corpului nostru medical.

Pe cât de bine venită este reglementarea taxelor şi onorariilor pentru spitale, pe atât de necesară ni se pare stabilirea unor norme unitare privitoare la taxele şi onorariile cari se cuvin medicilor sanitari pentru serviciile pe cari le prestează publicului în legătură cu funcţiunea ce o îndeplinesc. Aceasta necesitate este cu atât mai evidentă, cu cât în asemenea materie nu dispunem de dispoziţii clare şi precise nici în legea sanitară şi nici în regulamentele anterioare legii, creindu-se din aceasta cauză o situaţiune dintre cele mai bizare. Pe de o parte sunt medici sanitari — ce-i drept, puţini la număr — cari socotesc că orice intervenţie a lor, de orice natură ar fi, trebue remunerată, — iar pe de altă parte a pătruns, şi continuă să se adâncească în opinia publică credinţa că orice ser-

viciu prestat de medicul sanitar, în orice împrejurare, trebue să fie prin natura sa gratuit. Intre aceste două puncte de vedere extreme găsim o gamă întreagă de alte interpretări, cari variază dela o regiune la alta; dela un județ la altul, ba chiar și dela o circumscripție sanitară la ceealaltă. Rezultatul acestor stări se manifestă într'o profundă nemulțumire a publicului, acolo unde medicul pretinde plata serviciilor prestate de el și într'o tot atât de amară nemulțumire a medicului acolo unde publicul are credința că medicul sanitar este obligat a presta orice serviciu în mod cu totul gratuit. Din aceste nemulțumiri se nasc apoi conflictele urmate de reclamații și anchete disciplinare fără sfârșit, cari toate duc, în cele din urmă la discreditarea medicilor sanitari. Fapt bizar este că anchetatorii unor astfel de reclamațiuni, în lipsa de norme legale bine stabilite, adeseori sunt puși în situațiune de a nu se putea pronunța asupra culpei sau nevinovăției medicului în anumite spețe, trebuind să tragă concluzii întemeiate mai mult pe impresii personale, cari însă nu în totdeauna pot fi conforme cu realitatea.

Pentru a se pune capăt acestor stări dăunătoare socotim de necesară reglementarea cât mai urgentă a perceperii taxelor și onorariilor medicale de către medicii sanitari. Ministerul Sănătății încă este preocupat de aceasta problemă și a cerut propuneri concrete organelor sale de inspecție și control în vederea alcătuirei unui regulament sau unei deciziuni ministeriale în aceasta materie. In cele ce urmează ne permitem a face câteva propuneri, în credința că și alți colegi vor ținea să-și spună cuvântul în această chestiune destul de importantă pentru corpul medicilor sanitari.

Interpretând în mod just și echitabil diferitele dispoziții din Legea sanitară și în deosebi dispozițiile cuprinse în art. 54 și 74, precum și deciziile și ordinele ministeriale date în aceasta materie, socotim că este necesar a se stabili ca principiu fundamental că orice serviciu prestat de către medicii sanitari în interes public va fi gratuit, iar serviciile prestate în interes particular să fie remunerate.

In deosebi vor trebui să fie remunerate cheltuelile efective ale medicilor sanitari împreunate cu prestarea acestor servicii, cum ar fi cheltuelile efective de transport, material întrebuințat, etc.

Plecând dela acest principiu serviciile prestate de medicii sanitari se pot împărți în două mari categorii și anume:

— servicii gratuite, pentru cari medicul sanitar nu poate cere și nici nu poate primi vreo remunerație dela particulari și

— servicii cu plată pentru cari medicul este în drept a cere și a încasa anumite taxe și onorarii medicale.

I. Servicii gratuite.

a) Consultaţii şi tratamente medicale de orice natură bolnavilor săraci, cu certificat de paupertate în regulă sau trecuţi în registrele de săraci ale comunelor;

b) Consultaţii şi tratamente invalizilor de războiu recunoscuţi ca atare şi orfanilor de războiu;

c) Consultaţiuni şi tratamente jandarmilor şi grănicerilor, acolo unde nu există medici militari;

d) Examenul medical şi asistenţă medicală străjerilor şi tinerilor obligaţi la pregătirea premilitară, acolo unde nu există medici oficiali anume încredinţaţi cu aceasta funcţiune;

e) Vizitele împreunate cu depistarea, verificarea şi izolarea bolilor infecto-contagioase. Tratamentul bolilor infecto-contagioase se va face de asemenea gratuit cu ocaziunea deplasărilor oficiale, dacă însă familia pretinde vizite mai numeroase sau tratamente speciale, acestea vor trebui remunerate;

f) Vizitele împreunate cu depistarea, verificarea şi izolarea cazurilor de boli medico-sociale şi tratamentul acestor boli în măsura, în care se prescrie obligator prin dispoziţiile Legii sanitare. In orice caz se va face în mod gratuit tratamentul bolilor venerice în stadiul de infecţiozitate şi în cazurile, în cari tratamentul este impus în mod forţat;

g) Examinarea şcolarilor cu ocaziunea vizitelor şcolare. Examinarea elevilor la domiciliu în scop de documentare sau depistare;

h) Examinarea şi controlul sugarilor şi copiilor mici la dispensar sau la cabinetul medicului, ori primărie în scop de puericultură;

i) Examinarea şi îndrumarea gravidelor;

j) Certificate pentru uceniciі cari intră în serviciu;

l) Certificate de vaccinare şi revaccinare;

m) Certificate de sănătate pentru elevii de şcoală, şi orice alte certificate medicale cerute de autorităţi; la fel şi actele medico-legale cerute de autorităţi;

n) Certificate de verificarea morţii pentru înmormântări;

o) Executarea vaccinărilor obligatorii;

p) Examenul medical şi controlul prostituatelor;

q) In afară de gratuităţile enumerate mai sus, medicii sanitari vor fi obligaţi a executa în mod gratuit toate serviciile impuse prin dispoziţiile articolelor 54, 65 şi 74 din Legea sanitară.

Pentru toate aceste servicii însă, când ele sunt împreunate cu deplasări sau cu cheltueli efective de materiale aceste cheltueli vor fi suportate, conform legii, de către autoritatea administrativă locală.

II. Servicii remunerate.

a) Vizitele şi tratamentul bolnavilor suferind de boli curente şi cari nu intră în categoriile enumerate mai sus.

Taxele pentru aceste vizite vor fi:

La domiciliul medicului 50—60 Lei de consultaţie; la domiciliul bolnavului în comuna de reşedinţă 70—80 Lei; noaptea cu 50% mai mult.

In comunele nereşedinţă în zilele fixate pentru inspecţiile oficiale aceleaşi taxe. In alte zile se va plăti separat transportul, taxa obişnuită de vizită şi câte 5 Lei în plus de fiecare chilometru făcut (exemplu: vizita unui bolnav într'o comună la distanţă de 10 km. = 80 Lei consultaţia + 50 Lei taxa de deplasare + transportul). Taxa de deplasare şi transportul se va calcula o singură dată fie dela un singur bolnav, fie că se repartizează asupra tuturor bolnavilor consultaţi cu aceea ocaziune.

Pentru operaţii şi intervenţii obstetricale se va aplica tariful Colegiului Medical judeţean cu o reducere de 30%;

b) Certificatele medicale eliberate în scopuri particulare şi cari deci nu intră în categoria celor gratuite enumerate mai sus, şi anume:

Certificat de boală sau sănătate Lei 100·—
„ medico-legal . . . . „ 200·—
„ pentru asigurări. . . „ 200·—;

c) Expertizele medico-legale cerute de particulari se vor plăti de către aceştia cu suma de Lei 300—1000; expertizele medico-legale cerute de către organele justiţiei se vor plăti de către Ministerul Justiţiei cu suma de Lei 300—1000, după importanţa cazului;

d) Certificatele sau avizele medicale de starea sanitară a personalului ori starea igienică a localurilor necesare întreprinderilor industriale sau comerciale cari solicită autorizaţiuni de funcţionare: Lei 100·—;

e) Diurna membrilor Comisiei permanente a Consiliului de Igienă câte Lei 300·— de fiecare membru plus transportul în afară de raza oraşului de reşedinţă. In interiorul oraşului de reşedinţă diurnă de câte 100 de Lei plus transportul;

f) Autorizaţiune pentru transportul de cadavre Lei 500·—;

g) Autorizaţiune şi asistenţă la exhumare Lei 500·—;

h) Autorizaţiune şi asistenţă la transportul de sdrenţe Lei 500·—;

i) Transportul în natură sau contra-valoarea în bani pentru deplasările oficiale ale medicilor de circumscripţie plătită de comune;

j) Transportul medicilor primari de judeţe şi medicilor şefi de municipii (medici de oraşe) în interes de serviciu conform actelor justificative prezentate sau cu automobil ori trăsură oficială.

Sugestiile şi propunerile de mai sus exprimă o părere personală şi nu pot avea pretenţia de a fi complete şi de a se referi la toate speţele, cari se pot ivi în aceasta materie. Ele fixează anumite norme de conduită şi sunt susceptibile de modificări şi completările, cari se vor socoti de necesare.

In orice caz constatăm însă şi cu aceasta ocaziune, că majoritatea covârşitoare a serviciilor prestate de către medicii noştri sanitari sunt şi rămân gratuite, ceeace justifică pe deplin pretenţia manifestată de către acest corp de a fi încadraţi cu ocaziunea armonizării salariilor în clase de salarizare echitabile cu munca importantă ce o depun în interes public şi corespunzătoare poziţiei sociale şi îndelungatei pregătiri profesionale a acestui distins corp de intelectuali.

Dr. I. Stoichiţia.

Populaţia României în anul 1934.

In Institutul Central de Statistică a Statului s'au centralizat datele de mişcarea populaţiei pe întreg anul 1934. O scurtă analiză a acestor date se impune.

Populaţia. Faţă de cifra obţinută la recensământul general al populaţiei la 29 Decemvrie 1930, în anul 1934 populaţia este considerabil crescută. Datele de mişcarea populaţiei unui an se raportează la numărul locuitorilor dela mijlocul anului respectiv (1 Iulie). Pentru anul 1934 populaţia la aceea dată a fost de 18.913,713 locuitori, la 31 Decemvrie 1934, această cifră a depăşit 19 milioane.

Naşteri. Cifra naşterilor este ceva mai mare ca în anul precedent. Numărul născuţilor a variat în ultimii cinci ani astfel:

	Nr. născuţilor	Naşteri la 1000 locuitori
1930	625.241	35.0
1931	607.130	33.4
1932	662.049	35.9
1933	597.621	32.0
1934	612.335	32.4

Tendinţa generală este de scădere. Totuşi cifra României este astăzi cea mai urcată în tabelele statistice internaţionale.

Decese. Numărul deceselor arată *tendinţa* de oscilare. Mortalitatea generală în ţara noastră este mult mai ridicată decât în celelalte ţări civilizate din lume.

Cifrele ultimilor cinci ani sunt următoarele:

	Nr. morţilor	Mortalitatea la 1000 locuitori
1930	346.714	19.4
1931	380.251	20.9
1932	399.346	21.7
1933	348.085	18.7
1934	390.609	20.7

Mortalitatea este cu deosebire urcată în mediul rural (21.3$^0/_{00}$) şi este ceva mai scăzută la oraşe (17.9$^0/_{00}$).

Excedentul natural în anul 1934 este cel mai scăzut din ultimii cinci ani şi nu a fost decât o singură dată (în 1927) atât de scăzut dela războiu încoace.

Cifrele respective pe ultimii cinci ani sunt următoarele:

	Excedent natural	Proporţ. la 1000 locuitori
1930	278.627	15.6
1931	226.879	12.5
1932	262.703	14.2
1933	249.536	13.3
1934	221.726	11.7

In deosebi se remarcă o scădere însemnată a excedentului natural la sate. La oraşe excedentul natural este foarte redus (3.0‰).

Căsătoriile se menţin la un nivel destul de constant. Iată cifrele pe ultimii cinci ani:

	Nr. căsătoriilor	Nupţialitatea la 1000 locuitori
1930	166.824	18.7
1931	166.966	18.4
1932	175.137	19.0
1933	155.049	16.6
1934	174.390	18.4

Divorţurile au o tendinţă de uşoară creştere după cum urmează:

	Nr. divorţurilor	Divorţuri la 100 căsătorii
1930	6.727	4.0
1931	7.077	4.2
1932	7.370	4.2
1933	7.753	5.0
1934	8.610	4.9

La sate, proporţia divorţurilor este de 3.8 la % căsătorii. La oraşe acest procent este de 9.8%.

Născuţii-morţi arată deasemenea tendinţe de creştere.

	Nr. născ.-morţi	Proporţ. la 100 născuţi vii
1930	9.440	1.5
1931	9.746	1.6
1932	11.901	1.8
1933	12.674	2.1
1934	13.780	2.3

Proporţia la oraşe este de 5.4% faţă de 1.8% la sate.

Mortalitatea infantilă în ţara noastră este excesiv de ridicată. Din fiecare 100 de născuţi vii, au murit 18.2% înainte de a fi împlinit 1 an de viaţă. Cifrele ultimilor cinci ani sunt următoarele:

	Copii morţi sub 1 an	Proporţ. la 100 născ. vii
1930	109.955	17.6
1931	109.041	18.0
1932	122.184	18.5
1933	103.765	17.4
1934	111.520	18.2

In toate ţările, această cifră a scăzut considerabil. La noi se menţine la un nivel extrem de ridicat, fără să arate cea mai mică tendinţă de scădere. Mortalitatea infantilă este problema centrală a sănătăţii publice din ţara noastră.

Cauzele de deces au fost amănunţit cercetate. Numărul deceselor a fost excesiv de mare, aproape 400.000 într'un singur an. Grija cea mai mare a comportat îmbunătăţirea diagnozelor furnizate de corpul medical care înţelege, că temelia activităţii sanitare este certificarea exactă a cauzelor de deces.

S'a dat o deosebită grijă analizei cauzelor de deces la sate şi la oraşe s'au separat cu grijă cauzele cari au produs moartea evitabilă şi mai ales moartea prematură, la cei de vârstă neîmplinită.

Din analiza datelor rezultă, că a crescut numărul celor morţi prin Rugeolă, Dizenterie, Cancer, Enteritele noilor născuţi şi Sinucideri. Tuberculoza de asemenea arată o uşoară tendinţă de creştere la sate. La oraşe este staţionară.

Concluziuni. Anul 1934 demografic nu se poate socoti între anii buni, deşi cifra naşterilor a fost ridicată. Excedentul natural a fost mai scăzut decât în anii precedenţi din cauza cifrei foarte urcate a morţilor şi mai ales a morţilor în vârsta de sub 1 an.

De asemenea au crescut cifrele cari indică stări sociale patologice, ca: mortalitatea infantilă, născuţii-morţi şi divorţurile.

Totuşi, populaţia ţării a sporit destul de simţitor cu 221.726 suflete din care 177.856 revin asupra Vechiului Regat şi Basarabiei şi 43.870 celorlalte provincii dintre cari Banatul figurează cu un minus de 214 suflete.

Dr. S. M.

Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu

Comuna Cacova.

Aşezată sub poalele munţilor Sibiului la 23 km. depărtare de Sibiu la o abatere mică de şoseaua Sibiu—Alba-Iulia, între comunele Orlat şi Săcel, această comună cu o populaţie pur românească luptă din răsputeri contra vitregiei de care au parte comunele noastre de munte. Având foarte puţin teren agricol, hărnicia acestor „mărgineni" s'a îndreptat spre exploatarea munţilor şi mai cu seamă spre oierit. Această din urmă ocupaţie a făcut din ei renumiţi oieri şi turmele lor de oi cutreerau mai ales înainte de războiu tot Vechiul Regat, ajungând chiar şi prin Rusia. Azi ocupaţia lor are alte orientări. Prin hărnicia şi competinţa largă a actualului lor conducător sufletesc, un devotat şi desăvârşit specialist în ramura pomiculturei o mare parte a proprietăţii agricole s'a organizat în direcţia acestei culturi care din an în an ia o desvoltare tot mai mare şi asigură un câştig sigur şi din ce în ce mai însemnat. Cazul comunei Cacova este un exemplu convingător de marea influinţă ce o pot avea cărturarii satelor asupra îndrumării vieţii săteşti dacă această influinţă se manifestă constant şi spre un scop de interes obştesc.

Ancheta s'a executat în ziua de 29 Mai 1932, având 23 medici, 1 farmacist, 5 surori de ocrotire, 2 moaşe, 4 oameni de serviciu şi 5 persoane din comună.

Numărul locuitorilor este de 838 suflete dintre cari s'au examinat 544 (64.9%). Numărul relativ mic al examinaţilor din această comună se explică prin absenţa unui număr mare de locuitori din comună, fiind ocupaţi la munte sau în altă parte a ţării.

Constatări generale.

Starea materială a familiilor bună în 15 cazuri (8%), mediocră în 102 cazuri (55%) şi rea în 69 cazuri (37%).

8 case au o singură cameră de locuit, cu un total de 22 persoane, cu o medie de 2.7 persoane pe cameră;

78 case cu 2 camere de locuit şi un total de 240 persoane adecă 1.5 persoane pe cameră;

72 case cu 3 camere şi un total de 258 persoane, adecă 1.2 persoane pe cameră;

11 case cu 4 camere de locuit şi un total de 61 persoane, deci 1.3 persoane pe cameră.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg este următoarea:

Gupul 0—14 ani -- 28.4%;
„ 15—49 „ — 48.5%;
„ 50 „ în sus — 23.1%.

Avem deci o populaţie care aparţine tipului staţionar cu o uşoară tendinţă spre tipul progresiv.

In comună s'au aflat în ziua anchetei 5 persoane între 80—90 ani şi un singur bărbat peste etatea de 90 ani (95).

Constatări de ordin medical.

Dintre 544 examinaţi 101 (18.7%) au fost aflaţi bolnavi.

Tuberculoză s'a găsit în 16 cazuri cu 11 forme pulmonare, 2 osoase, 1 ganglionară şi 2 alte organe.

Nici un caz de sifilis n'a fost diagnosticat. S'au luat 18 probe de sânge pentru reacţia Wasserman toate fiind negative.

Tumori maligne cu 1 caz de cancer cutanat.

Afecţiunile aparatului respirator cu 20 cazuri.

Afecţiunile aparatului circulator cu 14 afecţiuni organice şi 6 funcţionale în total 20 cazuri.

Afecţiunile aparatului digestiv cu 11 afecţiuni gastrice şi 3 intestinale.

Afecţiunile aparatului urogenital au fost diagnosticate în 7 cazuri.

Sistemul nervos figurează cu 7 cazuri dintre cari 2 demente şi 5 alte afecţiuni nervoase.

Afecţiunile cutanate sunt reprezentate prin 7 cazuri, cele *oculare* cu 10, iar cele de nas, gât şi urechi cu 21 cazuri.

S'au notat 10 cazuri de guşă, 1 cretin, 1 surdo-mut şi 2 alienaţi.

S'au executat 87 extracţii dentare.

S'au executat 172 recete cari au fost distribuite gratis.

Spesele anchetei au fost de 4681 Lei, ceeace ar da 8 Lei 60 bani de persoană examinată.

Comuna Şelimbăr.

Comuna Şelimbăr se află în imediata apropiere a oraşului Sibiu, pe şoseaua Sibiu—Braşov, cu o populaţie majoritară săsească (65%), iar restul Români. Ocupaţia principală este agricultura şi într'o mai

mică măsură creşterea vitelor. Produsele animale, laptele şi derivatele lui, formează un izvor însemnat de câştig pentru comună, având un debuşeu sigur şi rentabil pe piaţa Sibiului.

Condiţiile de traiu sunt mediocre, asemenea şi starea culturală.

Ancheta s'a executat în ziua de 12 Iunie 1932, luând parte 19 medici, 1 farmacist, 4 surori de ocrotire, 1 moaşe, 4 oameni de serviciu şi 5 persoane din comună.

Comuna are 1118 locuitori dintre cari s'au examinat 1040, adecă 93% a populaţiei.

Constatări generale.

Starea materială a familiilor a fost găsită bună în 118 cazuri (62%), mediocră în 54 cazuri (17.8%) şi rea în 61 cazuri (20.1%).

105 case au o singură cameră de locuit, cu un total de 281 persoane, adecă 2.6 persoane pe cameră;

148 case sunt cu 2 camere şi un total de 641 persoane, adecă 2.1 persoane pe cameră;

23 case cu 3 camere şi un total de 100 persoane, ceeace dă 1.4 persoane pe cameră.

Distribuţia populaţiei pe grupurile de vârstă după scara Sundbärg dă următoarele:

Grupul 0—14 ani — 32.9%;
„ 15—49 „ — 50.0%;
„ 50 „ în sus — 16.9%.

Avem deci o populaţie de tip staţionar.

In momentul executării anchetei s'au aflat în comună 5 bărbaţi şi 6 femei între vârstă maximă 80—90 ani.

Constatări de ordin general.

Dintre cei 1040 examinaţi 111 (10.6%) au fost găsiţi suferind de diferite afecţiuni.

Tuberculoză a fost descoperită în 5 cazuri, toate forme pulmonare.

Sifilisul a fost diagnosticat în 4 cazuri, toate forme latente puse în evidenţă prin seroreacţie. S'au executat 13 reacţii Wassermann cu 4 repetate pozitive şi 9 negative.

Tumori maligne nu s'au găsit.

Afecţiunile aparatului circular sunt trecute cu 12 afecţiuni organice şi 2 funcţionale în total 14.

Afecţiunile aparatului respirator au fost diagnosticate în 25 cazuri.

Afecţiunile aparatului digestiv au fost trecute cu 17 boli gastrice, 5 intestinale şi 2 lepatice.

Sistemul urogenital a fost notat cu 14 afecţiuni.

Boli de piele 5, oculare 1, nas, gât şi urechi 3 şi 4 ale sistemului nervos.

S'au notat 4 guşaţi şi 3 surdomuţi.

Extracţii dentare s'au executat 36.

Medicamente s'au distribuit în 112 cazuri.

Spesele anchetei se ridică la 4754 Lei, adecă 4 Lei 50 bani de persoană examinată.

Dr. I. Stoichiţia
Dr. I. Cosma

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA MIDY

„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriţe de cafea pe zi

J. E. BUCUR - 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

Revista cărţilor.

F. Ştefănescu-Goangă. **Selecţiunea capacităţilor şi orientarea profesională.** Ediţia II. Cluj, 1933.

Sub regimul politic al societăţii actuale, se realizează participarea din ce în ce mai activă a tuturor indivizilor la viaţa comunităţii. Într'adevăr, la baza democraţiei stă ideea de libertate. Oricine, indiferent de condiţia-i socială, se poate desvolta azi în direcţia aspiraţiilor sale, chiar dacă nu posedă aptitudinile necesare (ceiace, din nefericire, se întâmplă adeseori). Astfel s'a ajuns în mod fatal la o vastă concurenţă multilaterală, cu toate foloasele şi inconvenientele sale; iar o pregătire cu totul nouă şi specială a indivizilor, se face pe zi ce trece mai simţită.

Prin acest amestec general, prin frecarea indivizilor, lupta pentru existenţă a devenit foarte aprigă. Faţă de sporirea primejdioasă a procentului învinşilor, inadaptabililor şi decăzuţilor de tot felul, opinia publică alarmată îşi îndreaptă toată atenţia şi toată critica asupra Şcoalei, care, prin influenţa ce o are (sau o poate avea) în desvoltarea unui individ, apare ca cea dintâi vinovată de toate relele. Această venerabilă instituţie este acuzată, cu destulă dreptate, de a fi în întârziere faţă de cerinţele epocii şi astfel de a nu-şi îndeplini îndeajuns adevărata ei menire, care este de a forma pe indivizi pentru societatea unde vor fi chemaţi să se manifesteze.

Societatea actuală se înfăţişează ca un organism foarte complicat, cu multiple şi variate funcţiuni, iar aptitudinile psihofizice ale indivizilor cari o compun, sunt de o diversitate infinită.

Criza epocii noastre, în îndoitul ei aspect particular şi general, se reduce la *problema armonizării dispoziţiilor individuale cu funcţiunile sociale.*

Într'un studiu de o admirabilă claritate şi de o substanţială concizitune: *Selecţiunea capacităţilor şi orientarea profesională*, dl *Profesor Ştefănescu-Goangă*, directorul Institutului de Psihologie din Cluj, expune şi comentează această problemă cu adevărat fundamentală.

Evocând *legea variaţiei biologice*, stabilită de *Galton* şi exprimabilă grafic prin curba erorilor probabile, cunoscută sub numele de *curba lui Gauss*, autorul insistă asupra aplicaţiei acestei legi la variaţia şi distribuţia capacităţii mintale. Psihologia dispune astăzi pentru măsurarea inteligenţii, de scara lui *Binet*, revizuită şi perfecţionată, precum şi de aşa numitele teste mintale individuale şi de grupă. Coeficientul de inteligenţă, fişa individuală şi rezultatele efective şcolare, constituesc trei metode concordante, pe baza cărora se poate stabili atât gradul de capacitate mintală a unui copil, cât şi înclinările şi aptitudinile lui speciale.

După această prealabilă operaţie de selecţiune, care are drept corolar repartiţia raţională a copiilor în diferite clase, conform cu capacitatea lor mintală, menirea şcolii este să îndrumeze pe fiecare elev spre profesiunea, care corespunde mai bine cu aptitudinile sale. Experienţa a dovedit că dintr'o sută de persoane, care exercită o meserie sau o profesiune oarecare, aproximativ numai două o îndeplinesc în mod remarcabil, douăzeci convenabil, iar restul ar fi făcut mai bine să aleagă o altă profesiune. Problema orientării profesionale cuprinde trei factori fundamentali: 1. *Persoana pe care voim s'o orientăm* (cunoaşterea individualităţii psihofizice); 2. *Profesiunile spre cari urmează s'o îndrumăm:* cunoaşterea profesiunilor (statisticele indică 15.000 de profesiuni diferite); 3. *Piaţa Muncii.*

Bazat pe aceste date ştiinţifice, relativ recente şi arătând importanţa lor covârşitoare din punct de vedere individual, social şi naţional, dl Profesor *Ştefănescu-Goangă*, propune o serioasă şi urgentă reorganizare a instituţiunilor noastre şcolare.

Dr. A. Dosios.

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.
LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :
Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.
COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage (Adultes) — 2 cuil. à dessert (Enfants) — 2 cuil. à café (Nourrissons).

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANE

RENÉ DUNOD

103, STR. TOAMNEI
BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

LABORATORUL MEDICIS, București I., Str. Bărăției 48

Medicamente de mare valoare terapeutică

FORTOGENE

Compoziție: 10% Calcium glicerofosforic, Extr. Kola și srtichni, vin de malaga.

Tonic recalcifiant puternic, reconstituant remarcabil al sistemului nervos și osos. — Gust delicios, flc. orig. 350 gr.

Doza zilnică: trei linguri de supă înaintea meselor pentru adulți.
trei linguriță de cafea „ „ pentru copii.

In tratamentul afecțiunilor gastro-intestinale, locul de onoare îl ocupă preparatele de

Cărbune medicinal-Richter

și combinațiunile sale

Fabrica de produse chimice Gedeon Richter, București

D. Todoranu: **„Bazele Psihologiei Caracterului".** 1 vol. 90 pag. Cluj 1935.

D. Todoranu este cunoscut publicului ştiinţific din lucrările D-sale anterioare: „Psihologia temperamentului", „Dinamica integratoare a caracterului" etc. Din aceiaş ordine de preocupări face parte şi prezentul volum, în care D. Todoranu studiază bazele psihologiei caracterului.

După o introducere în care D-sa pune faţă în faţă concepţia mecanicistă şi concepţia biologistă-finalistă a vieţii — declarându-se pentru cea din urmă — ni se expun cu o remarcabilă claritate teoriile fundamentale asupra caracterului. (Teoria trăsăturilor, Teoria factorilor, Teoria organizării, Teoria caracterologică, Teoria lui P. Janet, Teoria compensaţiei şi Teoria specificităţii).

In capitolul „Caracterul şi individualitatea psihică", autorul încadrează caracterul în sistemul concepţiilor psihologice biologico-finaliste. Pornind dela bazele vieţii psihice — interacţiunea ereditate-mediu, — D-sa arată cum organizarea conţinutului psihic, — organizarea dispoziţiunilor native, — concomitent cu integrarea persoanei în ambianţa socială şi spirituală aduce structura psihică pe care o numim caracter. Evoluţia caracterului şi factorii interni şi sociali care promovează această evoluţie, formează un alt capitol interesant al acestei lucrări. Concluziile pedagogice ale autorului demonstrează că o desvoltare armonică a persoanei umane nu se poate concepe decât prin integrarea ei în ritmul de viaţă al unei culturi şi prin stimularea şi organizarea tuturor energiilor şi dispoziţiilor native.

Lucrarea se citeşte cu interes. Ea nu este numai o introducere în psihologia caracterului, ci un mic studiu introductiv în psihologia biologică, util pentru toţi aceia care doresc a cunoaşte concepţiile moderne asupra bazei şi organizării vieţii psihice.

S. C.

Docent Doctor I. V. Bistriceanu. **Contribuţiuni la studiul histo-patologiei tumorilor nevraxiale primitive şi secundare.** (O monografie de 44 pagini, cu 25 figuri microfotografice în text, Tipografia Ziarului „Universul", Bucureşti, 1935).

Autorul expune în prezenta lucrare un studiu microscopic foarte amănunţit asupra tuturor tipurilor neoplazice nevraxiale, studiu rezultat din experienţa ce a dobândit pe urma examinării în colaborare cu dl Dr. Dem. Paulian a 46 tumori cerebrale din serviciul neurologic al Institutului Central de Boale nervoase şi mintale din Bucureşti.

In studiul de sistematizare al tumorilor cerebrale autorul s'a folosit de clasificaţia şcoalei spaniole reprezintată prin Prof. Del Rio Hortega, care împarte aceste noeplasme în două mari clase: *a)* Gliomele şi *b)* Paragliomele.

In alte capitole autorul se ocupă însă şi de histo-patologia diverselor tipuri de tumori encefalice congenitale (cholesteatomele şi chistele dermoide, craniofaringeomele, teratomele şi chordromele), tumorile metastatice şi invadante (carcinomele, sarcomele, hipernefromele), pseudotumorile encefalice (tuberculomele şi gomele sifilitice, cari nu pot fi încadrate în clasele susmenţionate.

Prezenta monografie constitue o documentată punere la punct şi judicioasă sistematizare a acestui interesant capitol de histo-patologie, atât de confuz şi incomplect studiat până în ultimii ani.

Ea va putea fi consultată cu folos de toţi cei cari se ocupă cu micro-anatomia tumorală.

Dr. I. C.

Docent Doctor I. V. Bistriceanu: **Undele scurte şi ultra-scurte în practica medicală.** (Un volum de 82 pagini. 38 figuri în text, Librăria Jean Lèon, Lei 80, Bucureşti, 1935).

Odată cu descoperirea undelor scurte sau ultra-scurte şi introducerea lor în practica medicală, a început o nouă eră de interesante cercetări şi experienţe, s'a deschis cu alte cuvinte un nou capitol în vastul domeniu al electrofisiologiei.

Dorinţa de a informa lumea medicală dela noi şi a o familiariza cu acest nou şi preţios agent de termo-terapie electrică, care a trecut de câtva timp şi frontierele ţării noastre, a determinat pe autor să scoată la iveală prezenta lucrare, inspirată atât din practica sa personală, cât şi din literatura medicală consultată.

Lucrarea de faţă se ocupă cu studiul teoretic şi îndeosebi aplicaţiunile terapeutice ale acestor curenţi şi e redată în mod succint în 10 capitole, după cum urmează:

Cap. I. Radiaţiunile cu diferite lungimi de undă (mişcările vibratorii, undele şi frecvenţele);

Cap. II. Undele scurte şi ultra-scurte (oscilaţiunile amortizate, întreţinute, eclatoarele, lămpile triodice, etc.);

Cap. III. Proprietăţile fizice şi biologice ale undelor scurte şi ultra-scurte;

Cap. IV. Tehnica aplicaţiunilor terapeutice cu unde scurte şi ultra-scurte (aplicaţiuni generale, locale, dozarea);

Cap. V. Aparate medicale generatoare de unde scurte şi ultra-scurte;

Cap. VI. Indicaţiunile terapeutice ale undelor scurte şi ultra-scurte;

Cap. VII. Undele scurte şi ultra-scurte în patologia nervoasă şi cea endocriniană;

Cap. VIII. Undele scurte şi ultra-scurte în tratamentul paraliziei generale progresive. Electro-pirexia;

Cap. IX. Undele scurte şi ultra-scurte în patologia chirurgicală (afecţiuni inflamatorii, microbiene, maladii ale aparatului uro-genital, oto-rino-laringologie, maladii dentare, etc.);

Cap. X. Undele scurte şi ultra scurte în patologia medicală, (maladiile aparatului respirator, tub digestiv, circular, articular, piele).

Dr. I. C.

Revista revistelor.

W. Freeman: *„Symptomatic epilepsy in one of identical twins".* (Epilepsie simptomatică la unul din gemenii monozigoţi). The Journ. of Neurology and Psychopathology 1935 p. 210—218.

Gemenii univitelini au contribuit la lămurirea multor probleme în medicină. Dacă de obiceiu nu putem separa ceeace este înăscut, de ceeace este dobândit, într'o boală mintală, în cazul gemenilor univitelini situaţia este ceva mai simplă. Fiind ambii rezultaţi din acelaş zigot, au o ereditate identică s'au aproape identică. Unul dintre ei devine bolnav mintal, celalalt ne serveşte ca martor, arătându-ne care este capitalul ereditar pe care, prefăcându-se factorul din mediu, a putut să determine boala.

Autorul, revizuind literatura, şi studiind cazurile personale, ajunge la concluzia că „este necesar ceva constituţional — factorul X al lui Lennox şi Cobb — pentru desvoltarea epilepsiei, chiar şi la acei pacienţi care prezintă contracturi în urma injuriilor cerebrale".

Acest factor constituţional, care la unii produce atacurile (mai ales dacă i se supra-adaogă factori de mediu), va produce la alţii caracterul epileptic. Acest caracter epileptic se manifestă aproape totdeauna la gemenul sănătos, dacă fratele său gemen prezintă epilepsie, fie chiar epilepsie simptomatică. Studiind câteva perechi de gemeni univitelini, autorul caută să demonstreze că, manifestarea cea mai importantă a caracterului epiletic este egocentricitatea şi poate religiositatea. Aceste trăsături se regăsesc sistematic la copiii sănătoşi care au fraţi gemeni epileptici.

I. Finkelman şi Mary Stephens: *„Dinitrophenol in dementia praecox"*, Journ. of Neurology and Psychopathology 1935, p. 230—235.

Pentru a intensifica metabolismul bolnavilor demenţi precoci, autorii au administrat dinitrofenolul. S'a constatat creşterea importantă a metabolismului bazal, scăderea în greutate a pacienţilor, ameliorări din p. d. v. mintal s'au observat la 5 din 12 cazuri. Autorii cred însă că ameliorarea ţine mai mult de efectul psihoterapeutic al contactului medicului cu pacienţii, decât de acţiunea dinitofenolului. Autorii n'au avut nici o tulburare, însă amintesc de articolul lui S. Silver care raportează câteva cazuri de agranulocitoză (dintre care unul cu sfârşit letal), în urma administrării dinitrofenolului.

W. R. Ashby and A. Glynn: *„The chemistry of the brain in the mental defective" (chimismul creerului la defectivii mintali).* The jorn. of. Neurology and Psychopathology, lanuarie 1935, p. 103—209.

Problema pusă de autor este următoarea: există o corelaţie între datele obţinute prin metodele psihologice de măsurare a inteligenţei şi datele obţinute prin analiza chimică a creerului, la debilii mintali? S'a făcut analiza chimică a subst. cenuşii a lobului frontal dela 62 debili mintali şi 9 indivizi normali ca inteligenţă, cărora li s'a stabilit etatea mintală, în timpul vieţii, cu ajutorul testelor de performanţă. Calculul de corelaţie a arătat următoarele: Conţinutul în apă a substanţei cenuşii este în corelaţie importantă cu etatea mintală (—0·358), creerul fiind cu atât mai sărac în apă, cu cât a prezentat în viaţă performanţe superioare de inteigenţă. Conţinutul în mielină nu a prezentat modificări în raport cu etatea mintală.

Raportul dintre nucleo-protenie şi proteinele nenucleare este în strânsă corelaţie cu etatea mintală (— 0·386). Anume: în general, mergând dela etatea mintală de 0 ani la etatea mintală de 14 ani (normală), cantitatea totală de substanţă nucleară a scoarţei rămâne aceeaşi, crescând în schimb cantitatea de substanţă citoplasnică. Acest lucru este datorit fie lipsei de maturitate a celulelor nervoase la debili mintali (celulele nemature având puţină citoplasmă, în comparaţie cu nucleul), fie unui exces de celule nevroglice la debili mintali (celula nevroglică fiind bogată în nucleo-proteină). Interesant şi demn de reţinut este faptul că, găsind o corelaţie importantă între datele obţinute prin metoda testelor psihologice şi datele obţinute prin analiza chimică a creerului după moarte, putem să afirmăm că, metodele psihologice de măsurare a inteligenţei ne permit ca în timpul vieţii să ne dăm seama de realităţile materiale care constitue substratul fenomenelor psihice.

P. Klenerman: *„Laurence—Moon—Biedl Syndrome"*, (Sindromul Laurence—Moon—Biedl). J. of Neurology and Psychopathology 1935, p. 329—335.

Autoarea descrie 2 cazuri de sindrom Laurence—Moon—Biedl. Acest sindrom este caracterizat prin adipozitate, retinită pigmentoasă atipică, debilitate mintală, polidactilism sau sindactilism, distrofie adiposogenitală şi ocurenţă familiară. Descris în 1866 de Laurence şi Moon, s'au descris în literatură 77 cazuri până în prezent. Este vorba probabil de un sindrom poliglandular, cu interesarea specială a ipofizei şi tiroidei. Sindromul este neprogresiv, victimele lui putând atinge vârstă înaintată.

Ginaecology and Psychological Medicine. (Ginecologia şi Psihologia Medicală). The British Journal of Medical Psychology, vol. XIV p. 136—157.

Sub acest titlu s'a publicat o serie de patru articole de către ginecologii practicieni cunoscuţi ai Angliei, încercând să demonstreze necesitatea cunoaşterii factorilor psihici care pot să prezinte importanţă în ginecologie.

Alec Bourne arată cum unele simptome sunt rezultatele modificărilor fiziologice determinate de starea mintală a pacientului. (Astfel studiază tulburări ale menstruaţiei care sunt consecinţele tulburărilor endocrine rezultate din excitaţia sexuală nesatisfăcută). Apoi demonstrează necesitatea de a diferenţia cu precizie

tulburările datorite unei stări mintale histeriode de acelea datorite tulburărilor fizice.

Leonard Philips, după ce aminteşte rolul psihoterapiei în cursul sarcinei şi a naşterii, dresează lista tulburărilor genicologice în a căror cauzalitate poate intra, în grad mai mare sau mai mic, starea mintală a pacientului: Dismenoreea, Amenoreea, Menoragia, Dispareunia, Vaginismul, Pruritul vulvei, secreţiile nepurulente, durerile lombare, micturii, prolapsuri, greţuri din timpul sarcinei şi apoi toată seria simptomelor dintre 40 şi 55 ani.

Blacker C. P. face o dare de seamă asupra efectelor procedeelor preconcepţionale asupra stării mintale şi fizice. Discută problema „Uterului Maltusian" descris de Mc. Cann, ca o urmare a metodelor de prevenire a concepţiei (Uter dilatat uniform, cu îngroşare uniformă a cervicelui şi corpului, pierderi crescute de sânge la perioadele menstruale, abundentă producere de mucosităţi, împreună cu dureri lombare şi sensaţii neplăcute pelviane. Faţa pacientei de obiceiu anxioasă).

Enards arată rolul tulburărilor vieţii sexuale în patologia ginecologică.

Reţinem următoarele fraze ale lui Phillips: „Experienţe peste experienţe (Phillips e chirurg-ginecolog), adesea foarte dureroase şi penibile, mă silesc a-mi forma nu numai cunoştinţele necesare înţelegerii psihologiei medicale, ci şi arta de a o aplica, artă pe care o cred de absolută necesitate. Multe din cazurile noastre au o bază organică uşor de evidenţiat, dar cel puţin un număr egal nu prezintă evidenţa unei alterări a organelor pelvice şi aceste cazuri necesită mai mult ajutorul psihologiei medicale". **s. c.**

Note de Terapeutică.

Tratamentul raţional al asfixiei prin înecare. (Zweckmässige Behandlung der Ertrinkungsasphyxie) de Dr. *Schwarz*, (Medizinische Welt, 1935, Nr. 19).

Fiindcă la înecaţii asfictici se ivesc şi alteraţiuni ale centrului cardiac şi vascular, trebue să avem grijă la readucerea la viaţă nu numai de centrul respirator, ci şi de centrul circulator. Respiraţia artificială singură ne va da în consecinţă rezultate în toate cazurile.

Autorul a avut impresia că Cardiazolul este deosebit de indicat pentru o astfel de terapie, dat fiindcă are, pe lângă un efect incitator al respiraţiei, şi proprietatea de-a readuce în circulaţia normală cantitatea de sânge care se găseşte în abdomen. De aceea s'a decis a trata toate asfixiile prin înecare, cari s'au ivit la plaja din Mannheim, prin respiraţie artificială şi Cardiazol. In toate cazurile a fost deajuns 1 fiolă pe cale subcutanată sau, la asfixii mai puţin grave, 20 picături pe cale bucală. Razultatul s'a manifestat printr'o reîntoarcere imediată a respiraţiei şi a conştiinţei. Şi la lipotimii şi insolaţii Cardiazolul s'a validitat excelent.

După părerea autorului, Cardiazolul are cel puţin o acţiune egală cu toate medicamentele preconizate pentru acelaşi scop; el recomandă deci introducerea sa la posturile de prim-ajutor şi sanitare ale staţiunilor de băi. **ic.**

Profilaxia paludismului se poate face prin Comitetele de Medicină Socială pentru Sifilis şi Malaria, concomitent curei intensive antisifilitice cu un singur şi acelaş medicament:

1. Vindecarea malariei cu metalcolloidul Hydrargol (brevetat în Germania 1927) este realizarea cea mai eficace a chemotherapiei aşa cum se vizează în programul de cercetări asupra medicamentelor *syn-*

fetice (fără chinină) făcute de secția de Hygienă a Ligii Națiunilor pentru combaterea paludismului și în Congresul Internațional de specialiști ținut la Petrograd;

2. Medicamentul „Hydrargolul" este o mult căutată complectare între Sulf și Hgii, în forma coloidă, a căror acțiune intensiv spirocheticidă și de asimilațiune și mai ales de pătrundere în rezervoriile sanguine, totuși *lipsită* de *tonicitate*, este reconfirmarea acțiunei primordială antisifilitică a Hgirului dintre cele mai eficace și vechi cunoscută, dar astăzi adânc în aceiași soluție sulf injectabil intravenos, facem cu aceasta *pyretotherapie*, combinată acțiunei anti-sifilitice.

Aceasta este o adevărată soluție în chemoterapia specifică actuală. In adevăr, puținele injecții necesitate pentru cicatrizări obținute în *8—10 zile*, urmată de negativarea sângelui, arată puternica lui acțiune. Iar sulful conținut, echivalează cu un sezon de cură de ape minerale. Aluminiul îl face foarte tolerabil pentru organism și antitoxic.

Injecțiunile se pot da pe cale intravenoasă și chiar *subcutanată*. Medicamentul se poate lua și pe *cale bucală*, ceiace este foarte important pentru copii, ori la adulți pentru tratamentele disimulate și „de consolidarea" vindecărei, cât și pentru malaria.

Medicii oficiali și practicianî trebuesc consemnați la lupta contra acestor două flagele îngeminate, munca înjumătățindu-se cât și cheltuelile.

Astfel se va însufleți comitetele și inițiativele caritabile. Iar bolnavii se supun benevol unui tratament lesnicios, atât de simplificat de câteva zile (4—6 inj.) dela care urmează două mari tămăduiri pentru combaterea acestor maladii sociale, căci sifilisul și malaria merg împreună în țara noastră.

Cheltuelile de tratament comparativ cu „Neosalvarsanul" se vor reduce cât și zilele de căutare înzecit mai puține.

Nu vom mai avea nevoe de interminabilele tratamente mixte sau asociate.

Dr. C. Martinescu,
Medic Director de Spital și Sanatoriu.

Contribuțiuni la Cholecistografia „rapidă" de *Dr. Biedermann și Dr. Becher.* (Dela Policlinica Universitară din Leipzig. Deutsche med. Woch. 1934, Nr. 15, S. 577.)

Autorul referă despre o metodă de Cholecistografie.

Se dă de băut pacientului dimineața pe nemâncate 75 gr. glucoză dizolvată în 300 gr. ceai. După 3/4 ore se injecteajă intravenos foarte încet (15 minute) o soluțiune de 3 gr. *Jodtetragnost* în 20 gr. apă distilată.

După o oră apare de obiceiu umbra Cholecistului, umbră care se intensifică la maximum după 2—3 ore.

Dacă se cercetează acuma golirea veziculei, după administrarea unui prânz de gălbenuș de ou, se poate efectua cu multă ușurință acest examen complet într'o singură dimineață.

Procedeul acesta este foarte ușor, necesitând numai o simplă injecțiune.

Autorul a publicat această metodă cu scopul de a stimula pe medici în a cere mai des Cholecistografia.

După obținerea unui material mai abundent, va fi foarte posibil de a stabili un diagnostic radiologic precis de Cholecistopatie sau de Diskinezie a căilor biliare, diagnostice cari astăzi nu se pot stabili într'un mod mulțumitor. **ic.**

Despre rachianestezie în special la operațiuni asupra abdomenului de *Medic Primar Dr. Anton Mülleder* (dela secțiunea chirurgicală a Allgem. Öffentlichen Krankenhauses Stockerau). Wiener Klinische Wochenschrift 1934, Nr. 3, Pag. 68.

Autorul referă amănunțit despre rachianestezia cu Tropococain Merck. Acest preparat este considerat de autor ca foarte bun pentru acest fel de anestezie. Deobiceiu se administrează 2 cm c. dintr'o soluțiune de 5%. Se pune multă bază pe soluțiunea proaspăt preparată. Accidente grave nu au survenit până în prezent în cazurile operate de autor. Pentru tratamentul accidentelor ușoare autorul arată măsurile ce trebuesc luate. Există numeroase indicațiuni pentru administrarea acestei anestezii în chirurgie.

Pentru operaţiuni ginecologice este considerată ca metoda cea mai aleasă. La operaţiunile de lungă durată este necesară la sfârşit complectarea anesteziei cu ether. Autorul propune această anestezie şi pentru operaţiuni deasupra ombilicului, deci în abdomenul superior. Sunt considerate drept contradicţiuni: Sifilis recent, afecţiuni ale creerului şi măduvei, procese septice cu stări de bacteriemie precum şi obstacole tehnice datorită modificărilor coloanei vertebrale. Deasemenea la pacienţii prea anxioşi şi nervoşi, precum şi la copii nu se recomandă această anestezie. ic.

Medicamente şi preparate vechi (confirmate) (şi totuşi noui) de *Dr. Willy H. Crohn* Magnesium-Perhydrol. Wiener medizin. Wochenschr. 1934, Nr. 19 Pag. 528.

Autorul referă amănunţit despre indicaţiunile preparatului Magnesium-Perhydrol, pe care l-a administrat în numeroase cazuri de ex.: la gastrite hiperacide, ulcer al stomacului, stenoze pilorice de natură beningă prin spasme precum şi la procese de fermentaţiuni, la tulburări intestinale însoţite de constipaţie şi meteorism şi la pseudo-angina pectorală. Nu s'a observat nici o acţiune dăunătoare sau turburări în urma administrării acestui preparat. In astfel de cazuri s'au administrat, în general, de 3 ori pe zi câte 1—2 tablete sau de 3 ori pe zi câte un vârf de cuţit sau chiar câte o linguriţă de praf. După câtva timp se poate diminua doza. La sfârşit autorul observă rezumând că Magnesium-Perhydrol-ul este un preparat care regulează în relativ scurtă vreme cele mai variate tulburări gastro-intestinale (locale sau generale) fără a produce vreo acţiune dăunătoare.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

Conferinţe.

In 18 August 1935, în cadrele adunării generale a Despărţământului judeţean Sibiu al Astrei, Domnul Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia a ţinut o conferinţă medicală în comuna Orlat despre ocrotirea mamei şi îngrijirea copilului.

In 13 Septemvrie 1935 în cadrele şedinţei festive a Secţiei Medicale şi Biopolitice a Astrei ţinută la Satumare, Domnul Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia a ţinut o conferinţă publică despre ancheta sanitară, metode şi rezultate.

Activitatea medico-socială.

In ziua de 7 Iulie 1935 s'a executat de către echipa de medici, farmacişti şi personal sanitar auxiliar o minuţioasă anchetă medico-socială în comuna Topârcea. Cu aceasta ocaziune s'au vizitat toate gospodăriile şi locuinţele din comună în număr de 401 şi s'au examinat din punct de vedere medical aproape toţi locuitorii din comună. Constatările medicilor au fost consemnate în fişe sanitare individuale, iar locuitorii găsiţi bolnavi au primit medicamentele necesare în mod gratuit din farmacia echipei.

Pregătirea terenului în vederea anchetei medico-sociale s'a făcut de către dl Dr. I. Cosma, medicul primar al judeţului Sibiu, ajutat de dl medic al circumscripţiei Dr. Löwy.

Au participat la anchetă următorii:

Medicii Dr. I. Cosma, Dr. Gheorghiu Ilie, Dr. Gheorghe Păcurariu, Dr. Schulz Tiberiu, Dr. Stupariu Liviu, Dr. Roşca Dumitru, Dr. Popescu Adam, Dr. Thullner Martin, Dr. Ivan Corneliu, Dr. Lungu Corneliu, D-ra Dr. Sumea Maria, Dr. Coşoveanu Traian, Dr. Nanu, Dr. Modran Eugen, Dr. Gherghel Nicolae, Dr. Neumann Wilhelm, Dr. Löwy, Dr. Kenst Felix, Dr. Ghiţescu Gheorghe, Dr. Bucur Ioan, Dim. Dădârlat, Dr. Ioan Olariu, Dr. Draser Andreiu, Dr. Goţea Gh., Dr. Lupaş Mihail şi Dr. Kloess Gheorghe.

Farmacişti dl Victor Pop şi I. Domnariu.

Surori de ocrotire: M. Manta, V. Buzea, I. Simonis, E. Topolog şi I. Schneider.

Moaşe: E. Trepăduş.

Agenţi sanitari: Maniu V. şi Nicoară.

Om de serviciu Duna Alexandru.

La aceasta anchetă au mai participat ca oaspeţi: dl Profesor Dr. D. Danielopol şi dl Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia.

Echipa de medici specialişti a dat cu aceasta ocaziune următorul număr de consultaţiuni de specialitate:

Boli interne	*42*
Ginecologice	*10*
Otorinolaringologice . . .	*22*
Dermatologice	*14*
Oftalmologice	*22*
Extracţii dentare	*42*
Reacţii Wasermann . . .	*27*
Medicamente gratuite au primit	*328 pers.*

Dela Filiala Sibiu a Societăţii de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie şi Endocrinologie.

Filiala Societăţii a ţinut următoarele şedinţe ştiinţifice:

28 Iunie 1935, prezidează dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

1. Dr. G. Preda: *Discuţiile asupra proiectului de Cod Penal Francez la Soc. medico-psihologică din Paris.*

2. Cupcea-Stoenescu: *Prezentarea unui caz de psihonevroză aparnetică Gilles.*

5 Iulie 1935, prezidează dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

1. Dr. Stoenescu: *Câteva idei moderne asupra epilepsiei striate.*

2. Dr. C. Lungu: *Concepţiile noui asupra tratamentului pelagrei.*

3. Cupcea S.: *Constanţa coeficientului de inteligenţă.*

12 Iulie 1935, prezidează dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

Dr. G. Preda: *Evoluţia concepţiilor asupra responsabilităţii (conferinţă).*

19 Iulie 1935, prezidează dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

Dr. G. Preda: *Responsabilitatea din punct de vedere medical şi juridico-social. (Conferinţă).*

26 Iulie 1935, prezidează dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

Asist. Dr. A. Roşca şi S. Cupcea: *Responsabilitatea din punctul de vedere al psihologiei experimentale.*

9 August 1935, prezidează dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

Dr. I. Popescu-Sibiu: *Fenomenul dela Maglavit. (Conferinţă).*

16 August 1935, prezidează dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

1. Dr. G. Preda: *„Proiectul noului cod penal român şi ideia de responsabilitate.*

2. S. Cupcea: *„Dare de seamă asupra Raportului Comitetului Naţional American pentru toxicomanii.*

23 August 1935, prezidează dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

1. Dr. G. Preda: *Anxietatea.*

2. Dr. M. Sumea: *Despre psihoza pelagroasă (cu prezentări de cazuri).*

30 August 1935, prezidează dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

Dr. G. Preda: *Discuţiile actuale asupra isteriei (în legătură cu congresul dela Bruxelles).*

6 Septemvrie 1935, prezidează dl Insp. Gen. Dr. G. Preda.

S. Cupcea: *Cercetările lui Stephenson şi ale şcoalei sale în privinţa analizei factoriale în psihiatrie.*

13 Septemvrie 1935, prezidează dl Dr. E. Gundhardt.

S. Cupcea: *Câteva date asupra Eugeniei şi Euteniei.*

Un nou preparat „Sandoz“

BELLERGAL

Sedativ eficace al pneomagastricului, simpaticului și a nucleilor centrali.

O dragee conține:

0,0001 Bellafolin
0,0003 Gynergen
0,020 Acid-Phenylaetherbarbituric.

Indicațiuni:

Distonie vegetativă — migrene — Basedow — urticarie — stări nervoase și depresive — transpirații nocturne, etc.

Doze medie:

3—5 dragee divizate în cursul zilei.

Flacon cu 25 și 100 dragee.

SANDOZ **Literatură și eșantioane stau la dispoziție.**

Reprezentanța ptr. București:
Drogueria Nestor
Str. Șepcari 6.

Reprezentanța pentru Cluj:
Drogueria „Royal“
Piața Unirii 26.

FABRICA CHIMICĂ fost „SANDOZ“, Basel (Elveția)

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**

156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

Arta parfumeriei a atins în anii 1934—35 culmile gloriei

Parfumul şi Apa de Colonie

Chat Noir

Jokey Club

Perle de Paris

Ocupă locurile de frunte între parfumuri şi ape de colonie

STATUTELE
ASOCIAȚIEI SURORILOR DE OCROTIRE

CAP. I.

Numele Asociației.

Art. 1. *Surorile de Ocrotire din România se constituesc într'o Asociație numită «**Asociația Surorilor de Ocrotire**».*

CAP. II.

Sediul, Durata, Scopul, Mijloacele.

Art. 2. *Sediul Asociației va fi la **Cluj**.*

Art. 3. *Durata Asociației este nelimitată.*

Art. 4. *Scopul Asociației este:*

a) *Cultivarea sentimentului de solidaritate între membrele surori de ocrotire. Susținerea legăturilor de interes general și profesional cu toate organizațiile de ocrotire, asistență și sănătate publică din țară și din streinătate;*

b) *Ridicarea și menținerea prestigiului Instituției;*

c) *Promovarea intereselor profesionale a surorilor de ocrotire;*

d) *Contribuția la perfecționarea serviciului surorilor de ocrotire.*

Mijloacele pentru atingerea scopului sunt:

Art. 5. a) *Congresul anual al surorilor de ocrotire;*

b) *Conferințe pe județe cu surorile;*

c) *Revista de specialitate a asociației;*

d) *Propaganda în vederea popularizării cunoștințelor în legătură cu asistența, ocrotirea și sănătatea publică;*

e) *Delegații la congresele de specialitate din streinătate;*

CAP. III.

Membrii Asociației:

Art. 6. a) *Membrii activi pot fi surorile de ocrotire cari posedă diploma recunoscută de Ministerul Sănătății.*

Inscrierea lor se face pe baza unei cereri scrise adresată Comitetului;

b) *Membrii onorifici vor fi proclamați de către adunarea generală, persoanele cari au sprijinit Instituția;*

c) *Membrii ajutători pot fi persoanele cari ajută Asociaţia. Aceştia nu au drept de vot.*

CAP. IV.

***Organele Asociaţiei** sunt:*

Art. 7. a) *Adunarea generală, care se va ţine anual în localitatea fixată la adunarea precedentă.*

Ziua şi Ordinea de zi fixată de Comitet va fi adusă la cunoştinţa membrelor cu 30 zile înainte.

Adunarea generală se va putea ţine numai cu cel puţin jumătate plus una, din numărul membrelor Asociaţiei, iar în caz de neparticipare a numărului reglementar, se va ţine a doua zi cu ori câte membre vor fi prezente. Adunarea generală extraordinară poate fi convocată de Comitet ori de câte ori necesitatea o cere, sau la cererea în scris semnată de cel puţin 1/5 din numărul membrelor asociaţiei, anunţându-se ordinea de zi cu 15 zile înainte;

b) *Comitetul de direcţie va fi compus din 15 membre active. Preşedinta şi Comitetul vor fi alese de către adunarea generală pe o durată de 3 ani.*

Comitetul se va constitui alegându-şi două vicepreşedinte, casieră şi secretară.

Comitetul va putea lua hotărâri numai cu majoritatea voturilor;

c) *Censorii sunt aleşi în număr de doui de către adunarea generală pe termen de 3 ani, fără drept de vot. Ei vor verifica agendele cel puţin de două ori la an, făcând raportul cuvenit adunării generale.*

Art. 8. *Asociaţia poate înfiinţa filiale pe Inspectorate sau judeţe, cari vor fi conduse de câte un comitet ales de surorile din cuprinsul Inspectoratului sau judeţului respectiv. Comitetele pe Inspectoratele Generale vor fi conduse de una preşedintă şi şase membre, iar cele pe judeţe de una preşedintă şi patru membre.*

Constituirea Comitetelor pe Inspectorate sau judeţe se va face după aceleaşi norme ca la art. precedent. Atribuţiunile lor vor fi fixate de Comitetul Central al Asociaţiei.

Art. 9. *Asociaţia va fi reprezentată de către preşedintă sau vicepreşedintă. Actele se vor semna de către preşedintă şi secretară.*

CAP. V.

Fondurile Asociaţiei.

Art. 10. *Averea Asociaţiei se va forma din taxele membrelor, din donaţiuni şi eventuale subvenţii din partea persoanelor şi asociaţiilor particulare cum şi din partea organelor oficiale.*

Membrele active vor plăti o cotizaţie de 20 Lei (douăzeci lei) lunar, membrele ajutătoare vor plăti o taxă de 100 Lei anual (unasută lei).

Taxele vor fi incasate de către delegatele comitetului şi vărsate la casieria Asociaţiei.

Patrimoniul iniţial este de 5000 Lei.

CAP. VI.

Dispoziţiuni tranzitorii.

Art. 11. *Membrele cari prin purtarea lor vor compromite Instituţia pot fi excluse din Asociaţie de către adunarea generală, la propunerea Comitetului.*

Art. 12. *Statutele Asociaţiei nu se pot modifica decât de către adunarea generală, cu o majoritate de cel puţin $^2/_3$ din numărul total al asociaţilor prezenţi şi absenţi.*

Art. 13. *Deciziunile pentru disolvarea Asociaţiei sau transformarea scopului social, trebue să întrunească cel puţin $^2/_3$ din numărul total al asociaţilor prezenţi şi absenţi.*

Art. 14. *In caz de disolvare averea Asociaţiei se va trece la o altă Asociaţie tot profesională, conform hotărârii adunării generale.*

Preşedintă: *Secretară:*

M. Dr. Perţia. ***E. Bucşan.***

* * *

***Personalitatea juridică** a Asociaţiei Surorilor de Ocrotire, a fost acordată de Tribunalul Cluj, secţia I-a, prin sentinţa Nr. 390 din 1 Iunie 1935, — cu avizul Ministerului Sănătăţii şi Ministerului Public.*

Note şi informaţiuni.

Cursurile de perfecţionare în balneologie şi fizioterapie din Sovata 8–15 Septemvrie 1935 *Din lăudabila iniţiativă a dlui* ***Prof. Dr. Marius Sturza*** *dela facultatea de medicină din Cluj, s'au inaugurat în acest an cursurile de perfecţionare în balneogie şi fizioterapie în staţiunea balneoclimatică Sovata (jud. Mureş). Un program bogat şi variat cuprinzând 30 de conferinţe ce aveau să se ţină de cei mai de seamă profesori şi conferenţiari ai celor 3 facultăţi de medicină din ţară; promiteau dela început un succes din cele mai frumoase. Peste 400 de medici şi-au anunţat participarea la acele cursuri.*

Din ziua de 7 Septemvrie staţiunea Sovata era aninată de sosirea a foarte numeroşi medici, din toate părţile ţării, dornici de a-şi îmbogăi cunoştinţele cu cele mai recente cuceriri ale ştiinţei medicale.

La ziua de 8 Septemvrie se deschid cursurile prin organizatorul lor, ***Prof. Dr. Marius Sturza*** *care propune preşidenţia — acceptat unanim —* ***dlui gen. Vicol,*** *preşedintele soc. de hidrologie şi climatologie medicală. In timpul discursului inaugural intră în sală dl Dr. Iuliu Maniu care e salutat de dl Prof. Sturza, iar asistenţa în picioare ovaţionează pe dl Maniu.*

In numele Ministerului Sănătăţii salută deschiderea cursurilor dl Insp. Gen. Sanitar Dr. Şt. Anastasiu. Mai vorbesc dl Dr. Ioan Vescan în numele Societăţii Sovata, Dr. Macavei, medic primar de judeţ, în numele Colegiului şi asociaţiei medicilor. Dr. Popea, în numele Soc. de otorinolaringologie şi Dl. Primar Mezei în numele comunei Sovata.

Urmează conferenţa dlui Gen. Vicol despre „Ogorul balnear şi climateric românesc" şi a dlui Prof. Sturza despre „Importanţa balneologică şi balneoterapeutică a heliotermelor.

„Helioterme" ca noţiune ştiinţifică sunt denumite marile rezervorii de ape minerale, în special de ape cloruro-sodice concentrate, cari au capacitatea de a inmagazina energia calorică solară şi de a o păstra accumulată timp îndelungat. Heliotermale reprezintă un important factor în terapia balneară.

Dl ***Prof. Goia,*** *„Valoarea examenului secreţiunei gastrice sub raport diagnostic şi terapeutic. In valoroasa expunere dl Prof. Goia prezintă noui metode de investigaţiuni şi aduce contribuţiuni personale de cea mai mare importanţă.*

Dl ***Prof. Pop,*** *„Suferinţele postoperatorii în operaţiunile hepato-biliare". Datele statistice din clinica D-Sale invederează pe deoparte perfecţionarea intervenţiei chirurgicale în operaţiunile hepato-biliare pe de altă parte ridică, prestigiul şcoalei chirurgicale româneşti.*

Interesanta conferință a dlui ***Docent Bistricianu****, despre „Undele ultrascurte în practica medicală" deschide orizonturi incalculabile în domeniul fiziologiei, biologiei și terapiei, cu unde de diferite lungimi și vibrațiuni.*

Dl ***Docent Vancea****, expune „Tratamentul balneo-climatic al bolilor de ochi". Valoarea fototerapiei și balneoterapiei în boale de ochi este pentru prima dată accentuată în știința medicală română de către școala dlui Prof. Mihail, arătând prin balneoterapie un nou teren în tratamentul boalelor de ochi.*

Dl ***Docent Dr. Daniel,*** *cu „Criza de cură" demonstrează crizele ce apar mai cu seamă la începutul curei balneare, și cari sunt a se privi ca bun augur terapeutic.*

Dr. Prof. Hațieganu, *aduce un aport considerabil în cunoașterea „Dispepsiei, gastritei și neurozei gastrice" făcând lumină deplină în diagnosticul diferențial, după cele mai noui cuceriri ale științei medicale. Gastrita neglijată până acum în afecțiunile stomacului devine un diagnostic prețios și care poate fi privit ca culcușul ulcerelor și cancerelor gastrice.*

Prof. Șumuleanu*, în „Modul de exprimare al analizelor apelor minerale" explică progresele făcute în microchimie". Lămurește cauza pentru care analiza apelor minerale va trebui pusă pe baze noui.*

Dl ***Prof. Parhon,*** *pregătește o conferință originală asupra „Raporturilor Endocrinologiei cu Climotologia, Hidrologia și Balneologia" îndrumând corpul medical a avea în vedere importanța covârșitoare în alegerea stațiunilor după funcționarea fiziologică sau patologică a glandelor cu secrețiune internă.*

Dr. Director Rădulescu, *tratează subiectul „Tuberculoza osteoarticulară și tratamentul ei", distingând tratamentul chirurgical de cel balneoclimatic, aducând în acelaș timp metode originale proprii.*

Dr. Prof. agr. Zolog*, în „Igiena apelor minerale" insistă asupra importanței protecției izvoarelor minerale a captării apelor și a distribuirii lor, elemente de covârșitoare însemnătate, cari mulți nu le cunosc, sau nu țin seamă de ele, dar neglijarea cărora pot avea urmări distructive asupra apelor minerale însăși și pot fi dăunătoare acelora, cari le întrebuințează.*

Dl ***Prof. Baliff,*** *în subiectul ales „Importanța metabolizmului de bază în alegerea unei stațiuni balneare" documentează cu argumente științifice valoarea metabolizmului pendinte de funcțiunea tiroidei, atunci când vom decide trimiterea unui pacient la munte sau la mare, în stațiuni cari măresc sau micșorează metabolizmul.*

*Dl **Dr. Meller**, vorbeşte despre „Domeniul clinic al Roentgen-terapiei" făcând o minuţioasă diferenţiere între afecţiunile susceptibile de tratament prin raze X şi alte metode.*

*Dr. Prof. **Minea**, în conferinţa sa despre „Tratamentul nevritelor şi polineuritelor" face cunoscut metoda D-sale personală de tratament a acestor afecţiuni, prin fermenţi lipoizi preparaţi la Cluj, cu cari a obţinut rezultate admirabile. Pune la dispoziţia oricărui medic acest mijloc de tratament.*

*Dl **Conf. Crăiniceanu**, expune „Tratamentul hidromineral al boalelor de femei". Recomandă apele cloruro-sodice, sulfuroase şi oligo-metalică după afecţiuni şi stadiul boalei.*

*Dl **Prof. Tudoranu**, despre „Tratamentul bolilor de ficat şi ale căilor biliare cu apele minerale româneşti". Perfecţionarea mijloacelor de examinare, precum şi asidua cercetare a efectului apelor minerale asupra secreţiunilor, diferenţiază precis administrarea diferitelor ape. Ele sunt în stare să influenţeze liniştitor, sau evacuator asupra vesiculei biliare, — acţionează direct asupra celulei biliare.*

*Dl **Dr. Popea**, vorbeşte despre „Tratamentul balnear şi fizioterapeutic al afecţiunilor de nas gât şi urechi" expunând aplicarea electricităţii, inhalaţiile cu ape cloruro-sodice, sulfuroase precum şi pulverisaţiile şi efectul camerelor pneumatice.*

*Dl **Prof. Gh. Popoviciu**, conferenţiază despre „Fapte noui în balneo şi fizioterapia copiilor" organismul copiilor este mai susceptibil acţiunei apelor minerale înregistrând reacţiuni mai prompte. Insistă asupra climato şi helioterapiei în diferite afecţiuni ale copiilor; precum şi asupra efectului fizioterapiei.*

*Dl. Dr. **Telea**, „Examenul medical al sportivilor" Face istoricul sporturilor din vechime până azi. Desvoltă principiile noui în alegerea sportului, clasificând pe sportivi în grupe, după aptitudini şi funcţia organelor.*

*Dl **Prof. Grigoriu**, „Actualităţii în ginecologie". Face o expunere asupra indicaţiunilor de tratament, specificând cazurile cari se vor supune tratamentului conservativ hidromineral şi acele cari vor beneficia de intervenţii chirurgicale. Lucrările din clinica D-sale au pus în evidenţă o substanţă analogă cu foliculina în nămolurile dela Stobor, Sovata etc. cu efecte identice, atunci când sunt aplicate direct pe piele.*

*Doc. Dr. **Niculescu**, „Tratamentul hidromineral al bolilor tubului digestiv" analizează efectele diferitelor ape minerale asupra secreţiunei stomacului, grupându-le în efecte cari favorizează şi în acelea cari au influinţă inhibitorie asupra secreţiunei. Enumeră apele cari se întrebuinţează în tratamentul boalelor intestinale.*

Prof. D. Ureche, *„Nevralgiile Sciatice şi tratamentul lor cu agenţi fizici" o foarte minuţioasă expunere a cauzalităţii şi simptomatologiei sciaticelor. Tratamentul va apela totdeauna la înlăturarea cauzei. Aminteşte tratamentul balnear şi fizioterapeutic a sciaticelor cronic.*

Prof. P Niculescu, *„Farmocodinamia hidrologică a clorului şi iodului în reumatism". Insistă asupra efectului sărilor de iod şi clor cu modificările amoral, precum şi a efectelor locale în reumatisme.*

Docent Slobozianu, *„Domesticaţia şi tratamentul", ei arată înrâuririle nefavorabile ale centrelor populate asupra organismului. O seamă de factori influenţează aparatul respirator, sistemul nervos etc. O schimbare a mediului se impune cel puţin pe timpul vacanţelor.*

Doc. Dr. Hurmuzache, *„Modificările biologice sub acţiunea helioterapiei". Face o reprivire istorică asupra balioterapiei începând cu egiptenii şi trecând peste felul aplicării la greci şi romani până în timpurile noastre, când ştiinţa aprofundează şi explică acţiunea binefăcătoare a helioterapiei.*

Prof. Dr. Mihailescu, *„Efectele apelor minerale radio active". Pe lângă efectele termice şi chimice apele minerale activează în raport cu radio-activitatea lor. Staţiunile din ţările apusene sunt specializate pentru tratamentul anumitor maladii. Explică mecanismul prin care apele radio-active îşi exercită influenţa binefăcătoare.*

Cursurile sunt încheiate printr'o reprivire asupra interesantelor şi instructivelor conferinţe făcute de dl Prof. Sturza, care mulţumeşte conferenţiarilor şi medicilor participanţi, cari au contribuit la reuşita strălucită a cursurilor. In numele medicilor mulţumeşte dl Dr. Petreanu, atât organizatorului lor, cât şi dlor conferenţiari. Aceste prime cursuri de perfecţionare în balneologie şi fizioterapie organizate până în cele mai mici amănunte, au reuşit peste aşteptări datorită tocmai acestei organizări desăvârşite. Numărul mare al participanţilor, care număr nu se întâlneşte nici la facultăţile şi staţiunile din străinătate; asiduitatea cu cari conferinţele au fost ascultate tot timpul demonstrează nimbul ştienţific al conferinţeler şi seriozitatea corpului medical român.

Corespondent.

Congresul român de neurologie, psihiatrie şi endocrinologie. *Congresul anual al Societăţii de Neurologie, Psihiatrie şi Endocrinologie, se va ţine la Chişinău în zilele de 6, 7 şi 8 Octomvrie.*

La ordinea zilei sunt fixate următoarele chestiuni:

1. Infecţiunile neurotrope. Raportori d-nii: profesor Dr. C. Ionescu-Mihăieşti şi conferenţiar Dr. State Drăgănescu (Bucureşti); 2. Problema responsabilităţii din punct de vedere psihologic. Raportor dl prof. Ştefănescu-

Goangă, (Cluj); 3. Problema responsabilităţii din punct de vedere psihiatric. Raportor profesor Dr. P. Tomescu (Bucureşti); 4. Problema responsabilităţii din punct de vedere medico-legal. Raportor profesor Dr. M. Kernbach (Cluj); 5. Fiziopatologia hipofizei în lumina cercetărilor noui. Raportori d-nii prof. Dr. C. Parhon (Bucureşti) şi prof. Dr, Gr. Popa (Iaşi).

Medicii specialişti cari doresc să ia parte la lucrările congresului sunt rugaţi să se înscrie, anunţând titlul comunicărilor lor, la dl Dr. Lascu, directorul spitalului de alienaţi Costiugeni-Chişinău

In ziua de 26 Mai a. c., s'a înfiinţat „Societatea Română de Ortopetie", cu sediul la Spitalul de Ortopetie şi Chirurgie Infantilă „Regina Maria" din Cluj Str. Goldiş 17 b.

Societatea are 30 membri fondatori din toată ţara.

S'a ales următorul comitet:

Preşedinte: Dr. Al. D. Rădulescu, medic primar director Cluj.

Membri în comitet: Agregat Dr. I. Marian Bucureşti
„ Dr. I. Trosc, Iaşi,
Dr. Filip M. Gottlieb, chir. prim., Bucureşti,
Dr. C. Susan, med. secund., Cluj,
Dr. I. Câmpean, intern, Cluj,
Dr. M. Sfaraială, chir. prim., Spital. Milit., Cluj,
Dr. G. Dragoteanu, Cluj,
Dr. S. Weinberger, ortopedist, Cluj.

Cu ocazia constituirii acestei societăţi i s'a propus d-lui prof. Bălăcescu, Bucureşti, preşedinţia de onoare a societăţii.

Concursuri de medici primari de specialitate la Ministerul Sănătăţii. *Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în luna Noemvrie 1935, va începe la Bucureşti, calea Griviţei Nr. 64, concursurile de specialitate după cum urmează:*

Vineri, 1 Noemvrie 1935, ora 9, Radiologia.
Miercuri, 6 Noemvrie 1935, ora 9, Psihiatria.
Luni, 11 Noemvrie 1935, ora 9, Pediatrie şi Puericultură.
Luni, 18 Noemvrie 1935, ora 9, Chirurgie infantilă şi ortopedie.
Vineri 22 Noemvrie 1935, ora 9, Urologie.
Luni, 25 Noemvrie 1935, ora 9, Neurologie.
Sâmbătă, 30 Noemvrie 1935, ora 9, Chirurgia generală.

Au dreptul să se prezinte la aceste concursuri toţi cei care îndeplinesc condiţiunile prevăzute de art. 196 din legea sanitară şi de ocrotire şi condiţiunile speciale dela art. 10 din legea pentru modificarea legii sanitare şi de ocrotire şi publicată în Monitorul Oficial Nr. 164 din 19 Iulie 1933, şi anume:

a) *Să fie doctor în medicină;*

b) *Să fie cetățean român;*

c) *Să nu fie condamnat prin hotărâre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă;*

d) *Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcționarilor ministerului, sau exclus temporar în momentul cererii, sau pus în retragere din oficiu pentru vre-unul din cazurile prevăzute de legea sanitară;*

e) *Să nu fi fost destituit din alte funcțiuni publice, sau căzut în vreuna din pedepsele care, după legile privitoare la funcționarii publici, le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcțiuni;*

f) *Bărbații să fi satisfăcut legea recrutării.*

Condițiuni speciale:

Candidații vor dovedi că au cel puțin 5 ani practică medicală și un stagiu spitalicesc de cel puțin 3 ani în specialitatea pentru care se dă concursul.

Sunt dispensați de stagiul de 3 ani la concursul de chirurgie generală, medicii care au condus cel puțin 3 ani cu titlu definitiv, un spital mixt.

Stagiul de practică medicală este redus la 3 ani pentru foștii interni cu concurs ai Eforiei Spitalelor Civile, dacă au funcționat în mod efectiv cel puțin 3 ani.

De asemeni sunt dispensați de stagiu medicii care au diploma de specialitate emisă de Facultatea de medicină, în ramura respectivă.

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă de titluri, lucrări și activitate în specialitate.

2. Două probe clinice pe doi bolnavi, și anume:

Pentru posturile de medicină internă, un bolnav afectat de o boală internă și de o boală infecțioasă epidemică.

Pentru posturile de chirurgie, 2 bolnavi atinși de o boală chirurgicală.

Pentru posturile de specialități, 2 probe clinice din specialitatea pentru care se concurează.

3. Două probe practice dintre care:

a) *O operație pe cadavru din specialitatea pentru care concurează, și*

b) *O probă de anatomie patologică, pe piese preparate pentru chirurgie generală și specialitățile sale.*

Pentru medicina internă și specialitățile în legătură cu ea 2 probe practice dintre care:

a) *O probă de anatomie patologică, și*

b) *O probă de laborator (bacteriologie sau chimie biologică cu aplicație la clinică).*

Candidații care cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Sănătății, Calea Griviței Nr. 64, București, cererile lor însoțite

de acte şi suma de 2000 Lei, cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Concursul de medici primari de spitale mixte la Ministerul Sănătăţei. Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi, că în ziua de 16 Decemvrie 1935, ora 9, va începe în Bucureşti, la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, din calea Griviţei Nr. 64—66, concurs pentru medicii de spitale mixte.

Condiţiunile generale de admitere la concurs sunt aceleaşi ca şi pentru medicii primari de specialitate, publicate în acest număr de revistă.

Condiţiuni speciale:

Candidaţii vor avea un stagiu de 2 ani ca medici auxiliari, intern cu concurs, asistent sau preparator de clinică, sau un stagiu de 2 ani ca medic sanitar cu examenul de capacitate dat. In lipsa acestor stagii vor putea fi admişi şi medicii cu 5 ani practică medicală.

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă scrisă cu subiect de medicină generală.

2. Două probe clinice asupra a doi bolnavi, unul cu boală infecţioasă, epidemică, unul cu boală chirurgicală sau o boală internă.

3. O probă de medicină operatorie pe cadavru.

Fiecare notă se apreciază cu nota 0—20.

Nota de admisibilitate este cel puţin 15.

Nota se hotărăşte cu majoritatea membrilor comisiunii.

Candidaţii care cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, cererile lor însoţite de acte şi suma de 2000 Lei, cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Concursul de medici primari de Judeţ la Ministerul Sănătăţii. Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în ziua de 10 Decemvrie 1935, ora 9, va începe în Bucureşti, la Ministerul Sănătăţii din Calea Griviţei Nr. 64—66, concursul pentru medici primari de judeţ, pentru ocuparea posturilor de medici primari ai jud. Tighina şi Olt.

Au drept să se prezinte la acest concurs medicii sanitari definitivi cu 10 ani vechime.

Concursul constă din următoarele probe:

a) Probe de titluri, lucrări şi activitate;

b) O probă de administraţie şi legislaţie sanitară (colocviu);

c) O probă practică de medicină legală

Candidaţii care cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii odată cu cererile lor şi suma de 2000 Lei, taxa de concurs, cu cel puţin 10 zile înainte de începerea concursului.

	Compoziţia	Indicaţia	Forma şi preţul
Calcium „Hygea“ injecţie	Calcium gluconat 10%	Calcium therapie decalcifieri, Hemoragii, pneumnie, tbc., etc.	1 fiolă 5 ccm. Lei 21 5 fiole 5 „ „ 100 10 „ 5 „ „ 170 1 fiolă 10 ccm. Lei 26 5 fiole 10 „ „ 120 10 „ 10 „ „ 210
Senna-carbon tablete	Folia Senac plv. Fel. tauri depur. Carbo depur. Sulfur depur. Ol focuiculi Ol Menthae	Constipaţie acută şi cronică Gastrite, Gastroenterite Intoxicaţiuni alimentare	cutia 100 tabl. Lei 66
Dynamin sirop	Calc lactophosph. Calc glycerophosph. Ephedrin nat. Coff. natr. benz. Tra Kola Tra nut vom. Sirop. qu. S.	Tonic general Hypotonie Adinamie Reconvalescenţă Preventiv contra hypostazei	flacon 200 gr. Lei 85
Arteronal tablete	Natr nitrosum Luminal syn. Theobromin	Arterio scleroză Hypertensiune sang. Anghină pectorală, Stenocardită, Insomnie	tub cu XX tablete Lei 80

Laborator Farm. „HYGEA“ Cluj

CHINOIN S.A.

Contra afecțiunilor inflamatorii ale plămânilor și bronhiilor, în toate cinci continente:

TRANSPULMIN

Chinină basică și camfor, solvate în oleiuri eterice.
Injecțiuni absolut indolore: aplicare intramusculară.

„Transpulmin este o inovație așa de importantă în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală". *(Prof. G. von Bergmann).*

Cutii orig. conținând 10 fiole à 1 cmc., 5 sau 10 fiole à 2 cmc. și flac. orig. de 15 cmc.

REPREZENTANȚA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A. BUCUREȘTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

Douce France - Océan Blen - Amaryllis

și noua creație

Colonia FUMÉE

de o nuanță inedită

Parfumerie LUBIN — Paris

Concesionară exclusivă: PARFRAM S. A. R., BUCUREȘTI, VASILE LASCAR 209.

Concursuri pentru ocuparea posturilor de medici secundari. *In ziua de 22 Noemvrie 1935, vor începe concursurile de medici secundari în specialitatea de chirurgie şi în specialitatea de medicină internă, după cum urmează:*

Pentru chirurgie generală şi specialităţile ghirurgicale.

La Bucureşti, în localul Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, Calea Griviţei Nr. 64—66, la 22 Noemvrie 1935, la ora 16, pentru posturile de medici secundari la spitalele din: Bucureşti, spit Dr. Cantacuzino, două posturi; un post la spit. Constanţa; un post spit. Caritatea Gălăţeană, Galaţi; un post spit. Ismail; un post spit. Călăraşi-Ialomiţa; Cocioc (Ilfov); Câmpulung (Muscel); oraşul Tulcea; oraşul R.-Vâlcea; oraşul Caracal; 4 posturi la spit. Filantropia, Craiova; oraşul T.-Severin; oraşul R.-Sărat; T.-Măgurele; Piteşti; spit. otorinolaringologie, Galaţi; spit. policlinic C. F. R. Galaţi; două posturi la spit. C. F. R. Nr. 1, Bucureşti; 3 posturi la spit. C. F. R. Nr. 2 Bucureşti şi 5 posturi la Institutul de chirurgie Regele Carol al II-lea, Bucureşti, pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale.

La Cluj. în localul Facultăţii de medicină, la ora 9, pentru posturile de medici secundari la spitalele din: Oradea-Mare 5 posturi; Satu-Mare 2 posturi; Abrud, jud. Alba; Odorhei, Sighişoara, Lugoj, Timişoara 3 posturi; spit. de copii, Arad; Mociu, Cluj, Zalău, Sălaj, Miercurea-Ciuc, Lipova, jud. Timiş, Sf. Gheorghe, Şimleul-Silvaniei, Diciosânmărtin; două posturi spit. Arad; spit. de ochi Braşov; spit. femei, Cluj; Institutul obstetric, Arad; Tg.-Mureş; Institutul obstetric Sibiu; spit. Mârzescu, Braşov; Institutul obstetric Timişoara; Istitutul cancer, Cluj; un post spit. Careii-Mari; un post spit. Făgăraş; un post Institutul obstetric, Sibiu şi următoarele posturi pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale: la spit. Vulcan; două posturi la spit. Reşiţa; un post spit. Anina şi un post spit. Baia-Mare; un post spit. Huedin-Cluj.

La Iaşi, în localul Epitropiei Sf. Spiridon, în ziua de 22 Noemvrie 1935, ora 9, pentru posturile de medici secundari dela spitalele: două posturi Regele Carol din Cernăuţi; Suceava; 3 posturi spit. Central Chişinău, două posturi spit. Tighina; Bacău; Cetatea-Albă; Regina Maria, Chişinău; Tarutino, jud. Cetatea-Albă; un post spit. Vijniţa; un post spit. Orhei; un post spit. Căuşani-Tighina; spit. T. B. C. Ruginoasa, pendinte de C. F. R. şi spit. de chirurgie Iaşi, pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale.

Pentru medicină internă şi specialităţile de medicină internă.

In Bucureşti, în localul Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, la 30 Noemvrie 1935, ora 16, pentru posturile de medici secundari dela spitalele din: T.-Severin; două posturi spit. Filantropia, Craiova; spit. Movila, Ploieşti; spit. Caritatea Gălăţeană, Galaţi; Brăila; spit. Central de boli

mintale, Bucureşti, 4 posturi: spit. de bolnavi cronici, R.-Vadului; Constanţa; T. B. C. Leamna, Dolj; un post spit. Piteşti; un post spit. Dr. Cantacuzino, Bucureşti; Policlinica C. F. R. stomatologie, Galaţi; Maternitatea Regina Elisabeta C. F. R. pentru boli interne; spit. C. F. R. Nr. 2; două posturi la spit. C. F. R. Nr. 1; un post Caritatea Gălăţeană, Galaţi; un post spit. Ismail.

In Cluj, în localul Facultăţii de medicină, în ziua de 30 Noemvrie 1935, ora 9, pentru posturile de medici secundari dela spitalele din: Sighetul-Marmaţiei; copii Arad; copii Oradea; Centrul ocrotire, Cluj; Tg.-Mureş; Centru ocrotire, Tg.-Mureş; Turda, Sibiu, Arad două posturi; Centrul ocrotire, Arad; copii Timişoara; Centrul ocrotire, Timişoara, două posturi; Zalău: boli mintale, Sibiu; boli mintale, Jimbolia; Oradea-Mare; boli mintale, Sighet, 3 posturi; Sânicolaul-Mare; T. B. C. Savadisla; T. B. C. Aiud; T. B. C. Arad; Institutul antirabic, Cluj; un post spit. boli mintale, Sibiu; T. B. C. Geoagiu; spit. Lugoj.

La Iaşi, în localul Epitropiei Sf. Spiridon, în ziua de 30 Noemvrie 1935, ora 9, pentru spitalele din: Centrul Chişinău două posturi; Manta-Roşie, Iaşi; spit copii, Chişinău; Soroca: boli mintale, Cernăuţi; izolare, Iaşi, două posturi; T. B. C. Bisericani, Neamţ; Central, Cernăuţi; T. B. C. Cuza-Vodă, pendinte de C. F. R., 3 posturi; boli mintale, Socola; boli mintale, Costiugeni: contagioşi, Chişinău.

Au dreptul să se prezinte la acest concurs medicii care îndeplinesc condiţiunile art. 7 şi 8 din regulamentul pentru recrutarea medicilor secundari de spitale, publicate în Monitorul Oficial Nr. 49, din 27 Februarie 1935.

Condiţiunile generale:

a) *Să fie doctor în medicină, cu dreptul de liberă practică în ţară;*

b) *Să fie cetăţean român;*

c) *Să nu fie condamnat prin hotărâre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă;*

d) *Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcţionarilor ministerului sau exclus temporar în momentul cererii, sau pus în retragere din oficiu pentru vreunul din cazurile prevăzute în legea sanitară;*

e) *Să nu fie destituit din alte funcţiuni publice sau căzut în vreuna din pedepsele care după legile privitoare la funcţionarii publici le-ar intezice dreptul de a mai ocupa asemenea funcţiuni;*

f) *Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării.*

Condiţiuni speciale.

1. Candidaţii vor dovedi că au o practică de doi ani ca medic.

Sunt scutiţi de această condiţiune preparatorii cu un an de funcţiune şi asistenţii clinicilor universitare, precum şi foştii interni prin concurs, cu

stagiul complet al Eforiei Spitalelor Civile, ai Aşezămintelor Brâncoveneşti, ai Epitropiei Sf. Spiridon, Iaşi, foştii interni cu concurs din spitalele pendinte de Ministerul Sănătăţii şi foştii interni cu concurs ai Asistenţii publice din Franţa.

Concursul constă din următoarele probe:

Pentru grupul chirurgiei şi specialităţile chirurgiei:

1. O probă scrisă, compusă din două chestiuni: una de anatomie topografică şi alta din patologie chirurgicală, care se vor redacta în aceeaşi şedinţă.

2. Două probe clinice de medicină internă.

3. O probă practică de laborator (după chestionar).

Fiecare probă se apreciază cu nota 0—20.

Nota de admisibilitate este cel puţin 15.

Nota se hotărăşte cu majoritatea membrilor comisiunii.

Candidaţii care cer înscrierea pentru concurs vor trebui să înainteze Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, cererile lor însoţite de acte şi suma de 1000 Lei, cu cel puţin 15 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Posturi vacante de medici. *Monitorul Oficial dela 10 August publică următoarele posturi vacante de medici în serviciile pendinte de ministerul muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale, Casa Centrală a Asigurărilor Sociale şi Casa Muncii C. F. R.*

Medic primar, jud. Bălţi.

Câte un post de medic de circ. urbană: Arad, Bucureşti, Galaţi, Constanţa, Ploeşti.

Un post de medic sanitar urban (subdirector cl. II, şeful poliţiei sanitare), Bucureşti.

Un post de medic sanitar urban (şeful serviciului plăgilor sociale), Bucureşti.

Medic al Oraşului Silistra şi Gheorghieni.

Două posturi de medici sanitari şcolari la serviciul sanitar al Capitalei.

Un post de medic sanitar (pentru controlul femeilor) la serviciul sanitar al Capitalei.

Medic de circumscripţie.

Jud. Argeş. — Circ.: Uda de Sus, Lunca Corbului, Scheiu, circ. şi spit. Deduleşti.

Jud. Alba — Circ.: Fărău, Magina, Petreşti, Benic.

Jud. Arad. — Circ.: Vârfurile, Sicula, Chişinău, Criş.

Jud. Baia. — Circ.: Spit. şi circ. oraş Paşcani.

Jud. Bacău. — Circ.: Ferdinand, Bogdănești.

Jud. Botoșani. — Circ.: Călărași, Mihălișeni, Leorda, Tudora.

Jud. Brăila. — Circ.: Cioara-Doicești și Viziru.

Jud. Buzău. — Circ.: Cătina și Sapoca.

Jud. Bălți. — Circ.: Horodiște, Dumbrăvița, Ciuciulea.

Jud. Bihor. — Circ.: Pietroasa.

Jud. Brașov. — Circ.: Moeciul de jos.

Jud. Caliacra. — Circ.: Gargalâc, Isibei, Aiorman, Cavarna.

Jud. Constanța. — Circ.: Albești, Silištea, Pantelimon, Ferdinand, Oltina.

Medic igienist de plasă Medgidia.

Jud. Covurlui. — Circ.: Băneasa.

Jud. Cetatea-Albă. — Circ.: Ciișia, Deleni, Hasan, Batâr, Palanca, Frumușica Veche, Mansburg.

Jud. Cahul. — Circ.: Sărățeni, Javgova, Tătărăști,

Jud. Câmpulung. — Circ.: Frăsin, Breaza.

Jud. Cernăuți. — Circ.: Cuciurul Mare, Horoșeuți, Mihalce.

Jud. Caraș. — Circ.: Vermeș.

Jud. Ciuc. — Circ.: Ghimeș, Făget.

Jud. Cluj. — Circ.: Aghireș, Hida, Bălăcești, Mărgău, Sărmașu.

Medic ambulator plasa model Gilău.

Jud. Dâmbovița. — Circ.: Jugureni, Tătărani, Gura Suței, Poiana de sus, Glâmbocata, Conțești.

Jud. Dolj. — Circ.: Bojiștea, Segarcea, Terpezița, Tâlpaș, Pielești, Ciuperceni, Bistreț, Măceșul de jos.

Jud. Dorohoi. — Circ.: Dumeni, Ibănești, Adășeni, Horbota, Drăgușeni.

Jud. Durostor. — Circ.: Sarsânlar, Docilar.

Jud. Făgăraș. — Circ.: Vaida Reci, Bărcuț.

Jud. Fălciu. — Circ: Păhnești.

Jud. Baia. — Circ.: Miroslăvești, Dolhești-Mari.

Jud. Gorj. — Circ.: Raci, Brădiceni, Bărbătești, Bumbești-Piticu.

Jud. Hotin. — Circ.: Rucșin, Tetcani, Stănilești, Babic.

Jud. Hunedoara. — Circ.: Hondor, Vața de jos, Balș, Demsus, Râul Alb, Vodă, Lehliu, Făcăeni, Călărașii Vechi.

Jud. Iași. — Circ.: Cotnari, Cristești; medic dispensar Prisecani.

Jud. Ilfov. — Circ.: Căciulați, Mânăstirea, Vărăști.

Jud. Ismail. — Circ.: Vlăeiceni, Ceamașir, Sofian.

Jud. Lăpușna. — Circ.: Ciciuleni, Prut, Durlești, Căpinești, Rezeni, Vânători, Budești, Bujor.

Jud. Maramureș. — Circ.: Costini, Lăpușna, Moisei, Vișeul de jos.

Jud. Mehedinți. — Circ.: Broscari, Vlădoaia, Butoești, Piria, Vârciorova.

Jud. Mureș. — Circ.: Lunca Bradului, Dămieni, Căpușul Câmpiei, Miercurea Niraj.

Jud. Muscel. — Circ.: Lăicăi, Priboeni.

Jud. Năsăud. — Circ.: Sicu Măgheruș.

Jud. Odorhei. — Circ.: Vlăhița.

Jud. Olt. — Circ.: Crâmpoaia, Dobrotinet, Radomirești, Bârsești, I. C. Brătianu, Bărăștii de Vede.

Jud. Orhei. — Circ.: Sârcova, Alcedar, Crăsnășeni circ. și spit. Isvoare.

Jud. Prahova. — Circ.: Apostolache, Prahova, Podeni, Breaza, Ciorani, Boldești, Tăriceni.

Jud. Neamț. — Circ.: Dochia, Radiu.

Jud. Putna. — Circ.: Vizantele, Străoani, Focșani, suburbană, circ. și spit. Mărășești.

Jud. Râmnicu-Sărat. — Circ.: Domnița, Urechești, Jitia, circ. și spit. Plăinești.

Jud. Rădăuți. — Circ.: Putila, Cerpcăuți, Brodina.

Jud. Roman. — Circ.: Poenele de jos, Tupilați, Oțeleni.

Jud. Romanați. — Circ.: Deveselu, Islaz, Brăstavă, Amărăști, Găneasa, Bobiceni, Leu.

Jud. Satu-Mare. — Circ.: Buciumi, Trut.

Jud. Sălaj. — Circ.: Buciumi, Surduc, Pir.

Jud. Severin. — Circ.: Slatna Timișului.

Jud. Sibiu. — Circ.: Ludoș, Armeni.

Jud. Someș. — Circ.: Olpret, Dispensarul mixt. Tg. Lăpușului, Dispens. mixt Dej.

Jud. Storojinet. — Circ.: Broscăuți.

Jud. Soroca. — Circ.: Moara Nouă, Gara Lipnic, Jugurești.

Jud. Suceava. — Circ.: Bosanci, Măzănești.

Jud. Târnava-Mare. — Circ.: Jibert, Buia.

Jud. Târnava-Mică. — Circ.: Bălăușeri, Bichiș.

Jud. Teleorman. — Circ.: Balaci, Belitori, Seaca, Drăgănești, Dorobanțu.

Jud. Tecuci. — Circ.: Corbeasca, Colonești.

Jud. Tighina. — Circ.: Tvardița, Selemet, Chițcani, Salcuța, Desghinge.

Jud. Trei-Scaune. — Circ.: Hăghig, Micfalău.

Jud. Tulcea. — Circ.: Cerna, Luncavița.

Jud. Turda. — Circ.: Sălciua de jos, Cuci, Scărișoara, Ludoș II.

Jud. Tutova. — Circ.: Avrămești.

Jud. Timiș. — Circ.: Pesac, circ. Variaș.

Jud. Vaslui. — Circ.: Dobrovăț, Solești, Delești.

Jud. Vâlcea. — Circ.: Olteţul de Sus, Ştefăneşti, Oteşeni, circ. şi spit. Bălceşti, circ. Creţeni.

Jud. Vlaşca. — Circ.: Darăşti, Crevedia, Giurgiu-suburbană, Toporul.

Medici de spitale mixte.

Medic primar spitalul Bistriţa (fără salar); Curtea de Argeş; Depăraţi Hârleşti, Teleorman; medic primar spit. Sf. Gheorghe; medic primar spit. Tulcea; medic primar spit. Codăeşti, Vaslui; medic spit. Pelagroşi, Păncești-Dragomireşti, Roman: medic primar Leprozeria Tirchileşti Tulcea; medici de spitale mixte Paşcani şi Simeria, pendinte de Casa Muncii C. F. R.

Posturi de specialitate Tuberculoza.

Medic primar sanatoriul Aiud.

Medic primar sanatoriul Clunet-Iaşi.

Medic primar ambulatorul policlinic Oradea.

Medic primar ambulatorul policlinic Timişoara.

Medic spitalul Balta Mehedinţi.

Medic primar spitalul Greci-Olt.

Medic şef al sanatoriului T. B. C., „Cuza Vodă", Ruginoasa, pendinte de Casa Muncii C. F. R.

Chirurgie.

Medic primar spitalul (de copii), Arad.

Medic primar spitalul R.-Sărat.

Medic primar spitalul Timişoara.

Medic primar spitalul Giurgiu.

Medic primar spitalul Brăila.

Medic chirurg director spit. Azuga, jud. Prahova, pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale.

Un post de medic de consultaţii de mică chirurgie la dispensarul Maşina de Pâine, Bucureşti.

Un post de medic primar (fără salar) la spitalul din Târgovişte.

Medici de ambulatorii (medici consultanţi) la Casele de asigurări, pendinte de Casa Centrală a Asigurării Sociale: Arad (4500 Lei salar): Bacău (3250 Lei salar); Braşov (4700 Lei salar); Bucureşti, disp. II (6000 Lei salar); Bucureşti, disp. IV (3000 lei salar); Bucureşti, disp. VII (4000 Lei salar); Bucureşti, disp. VIII (5000 Lei salar): Cernăuţi (4000 Lei salar); Cluj (2500 Lei salar); Craiova (3000 Lei salar); Dej (3700 Lei salar); Galaţi (3000 Lei salar); Iaşi (2000 Lei salar); Oradia (4700 Lei salar); Satu-Mare (4000 Lei salar); Sibiu (4200 Lei salar); Sighişoara (3300 Lei salar); Târgovişte (3000 Lei salar); Timişoara (4500 Lei salar).

Contagioase.

Medic primar spit. Constanța (fără salar).
Medic primar spit. Epidemic Oradia-Mare.
Medic primar spit. Contagioși Craiova.
Medic primar spit. Epidemic Cluj.
Medic primar spit. Tg.-Jiu (fără salar).

Otorinolaringologie.

Medic primar spit. ortorinolaringologie Galați.
Medic primar laringolog Ploești.
Medic primar otorinolaringolog la spit. central boli mintale București (fără salar).

Interne.

Medic primar spit Orhei.
Medic primar spit. Focșani.
Medic primar spit. Târgoviște (fără salar).
Medic primar spit. boli interne Ploești.
Medic primar ambulatoriu (consultații) medicină internă spit. Oradea.
Medic primar (consultații) medicină internă la dispens. dela abatorul București.

Medici de ambulatorii (medic consultant) la Casele de asigurări, pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale: Arad, bărbați (4500 Lei); Bacău (3250 Lei); Brăila (4000 Lei); Brașov, femei (4700 Lei); București, disp. II (5000 Lei); disp. III (5000 Lei); disp. V (3000 Lei); disp. VII (5000 Lei); disp. VIII (4000 Lei); Cernăuți (3500 Lei); Chișinău (2000 Lei); Constanța (3500 Lei); Craiova (3000 Lei); Dej (3700 Lei); Galați (3000 Lei); Iași (3000 Lei); Lugoj, femei (4200 Lei); Oradia, femei (4700 Lei); Ploești (2500 Lei); Târgoviște (4000 Lei); Timișoara (4500 Lei); Cluj, femei (3500 Lei).

Dermatovenerice.

Un post de medic venerian (medic de ambulatoriu) la dispensarul Marele Voevod Mihai, București.

6 posturi de medici venerieni, medici de ambulatoriu, la dispensarele veneriene și pentru controlul prostituției al Capitalei, (5650 Lei salar).

Stomatologie

Un post de medic la ambulatoriul II veneric, Iași.

Oculistică.

Medic primar spitalul „Dr. Cantacuzino", Bucureşti.
Medic primar spitalul Timişoara.
Medic primar spit. Caritatea Gălăţeană.
Medic primar spitalul Cernăuţi.
Medic de consultaţii ambulatoriul Braşov.
Medic stomatolog la dispensarul de stomatologie din şos. Viilor, Bucureşti.
Medic stomatolog la spitalul „Dr. Cantacuzino", Bucureşti.

Ginecologie.

Medic primar la spitalul din Sighetul Marmaţiei.
Medic ambulatoriul policlinic, Braşov,

Radiologie.

Medic radiolog spit. Piteşti, (fără salar).
Medic radiolog spit. Ismail, (fără salar).
Medic primar spitalul Constanţa.
Medic primar spit. Elisabeta Doamna, Caritatea Gălăţeană, Galaţi.
Medic primar spitalul Regina Maria, Chişinău.
Medic radiolog la spitalul I. C. Brătianu, Buzău, (fără salar).
Medic radiolog la dispensarul Maşina de Pâine, Bucureşti.
Medic radiolog spit. Soroca (fără salar).
Medic radiolog spit. P.-Neamţ, (fără salar).
Medic radiolog spitalul Schuller Sfetescu, Ploeşti, (fără salar).

Puericultură.

Un post de medic puericultor la ambulatorul Braşov.

Psihiatrie.

Un post de medic primar de consultaţii la Spitalul central de boli mintale şi nervoase, Bucureşti.

Laborator.

Medic primar spit. Filantropia, Craiova.
Medic şef laborator spitalul „Elisabeta Doamna", Caritatea Gălăţeană, Galaţi.
Medic laborator spitalul R.-Vâlcea.

Medic laborator spitalul Schuler, Sfetescu, Ploești, (fără salar).

Medic șef, laborator Institutul de Cancer, Cluj.

Medic șef bacteriolog la spitalul Târgoviște, (fără salar).

D-nii medici care întrunesc condițiile legale spre a ocupa aceste posturi, vor face cerere Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, Calea Griviței Nr. 64 – 66, în termen de 30 zile dela data prezentei publicații în Monitorul Oficial.

NOTA REDACȚIEI.

Rugăm pe toți prietinii și cetitorii noștri să trimită prin poștă abonamentul la revistă. Cei cari nu doresc să fie între abonații revistei noastre sunt rugați a ne restitui revista, cunoscând că nerestituirea o considerăm ca și abonament.

REDACȚIA.

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piața Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm:

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu prețuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu prețuri reduse.

CĂRȚI LITERARE, ȘTIINȚIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu prețuri originale.

COMPACTĂM cu prețuri convenabile: Cărți, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

Apa de Colonie Rival de Ravel

în afară că are un miros bărbătesc, distins şi pătrunzător

fiind făcută exclusiv pe bază de esenţe naturale şi având 80% alcool este indicată minunat la frieţiuni în special după baie.

KNORR

Alimente tonice reconstituante, fortifiante şi de regim

Pentru

COPII ŞI ADULŢI

anemici, debili, reconvalescenţi

boli de stomac, ficat, rinichi, plămâni

vindecă repede!

Recomandaţi

Cacao de ovăz
Fulgii de ovăz
Făina de ovăz
Grisul de ovăz

Knorr

Făinuri din orez, orz şi porumb
Tapioca şi Sago. — Numai

KNORR

PARFUMS D'ORSAY, Paris

Doriți un produs fin?

Cereți pretutindeni renumitele produse D'ORSAY — Paris, ale căror calități superioare sunt recunoscute de toată lumea elegantă.

Specialități renumite

Colonie, parfum-pudre și cosmetice

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3 ori	Lei	2600·—	6 ori Lei 4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3 „	„	1500·—	6 „ „ 2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3 „	„	1000·—	6 „ „ 1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1935.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie colour)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**
156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

Arta parfumeriei a atins în anii 1934—35 culmile gloriei

Parfumul şi Apa de Colonie

Chat Noir
Jokey Club
Perle de Paris

Ocupă locurile de frunte între parfumuri şi ape de colonie

Anul II. No. 10—12. 10 Lei Exemplarul. Oct.—Dec. 1935.

1935 - complet

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie:
Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I.

Secretari de redacţie:
Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacţie:
Drii A. Burlă, N. Comşa, I. Cosma, G. Ghiţescu, I. Gheorghiu, N. Hozan, I. Ilcuş, L. Ionaşiu, C. Manta, Mavru, N. Mihail, V. Mitter, R. Moga, Gh. Păcurar, C. Pascu, D. Roşca, I. Slavu, I. Sturza, H. Tănăsescu, F. Vilt.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500
Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.
Coresp. - inserate reclamă: la Drogueria I. BACIU, Sibiu, Str. Regina Maria 10

„ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Prof. Dr. D. Danielopolu şi *I. Marcu:* Accidentele produse de Piramidon şi Dinitrofenol Pag. 273

Dr. Gh. Preda: Consideraţiuni medico-sociale ce privesc respectarea drepturilor individului bolnav psihiceşte şi siguranţa socială . . . . „ 279

Dr. Todea Cornel şi *Dr. Degan Emil:* Consideraţiuni în legătură cu două cazuri de limfogranulomatoză malignă localizată . . . . . „ 288

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Gradaţiile medicilor funcţionari . . . . Pag. 292

Dr. I. Cosma: Sănătatea publică în Rusia . . . . . „ 295

Corespondent: Congresul Asociaţiei generale a medicilor Pag. 301

Dr. I. Stoichiţia şi *Dr. I. Cosma:* Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu . . . . . „ 308

Revista cărţilor . . . . . „ 311

1. *Doctorul Vasile Pascal:* Incercări de contribuţie la Protecţia Sănătăţii Publice
2. *Sever Alexandrescu, Henrieta Şerbănescu-Sachelarie* şi *Ovid Sachelarie:* Codul Legislaţiei Sanitare.
3. *Dr. G. Banu:* Sănătatea poporului român.

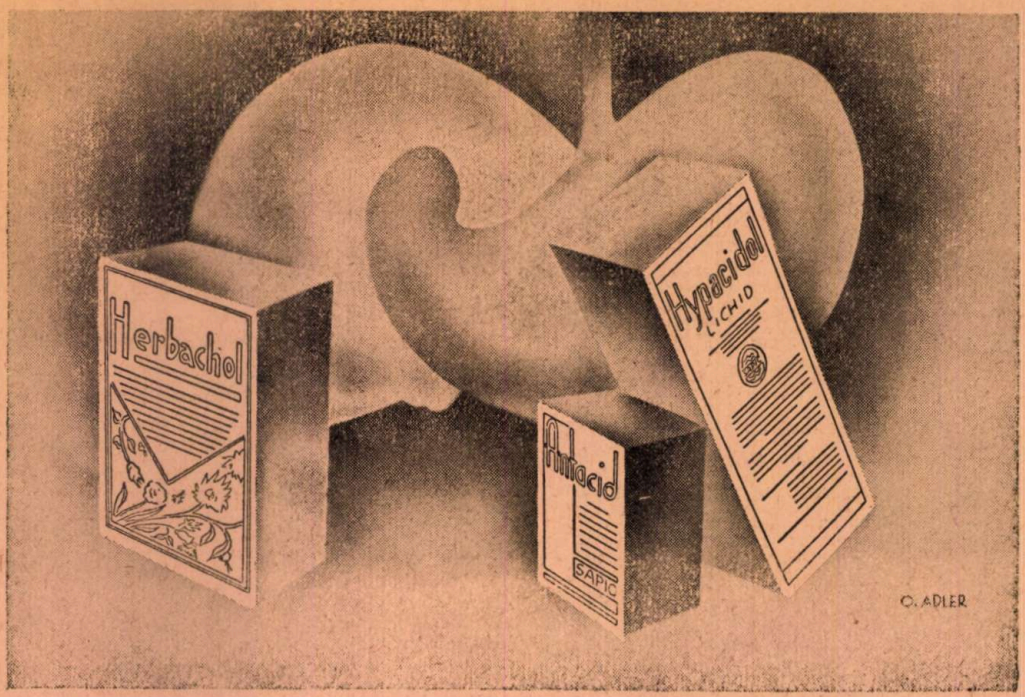
Revista revistelor . . . . „ 313

Note de terapeutică . . . „ 315

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor sibiu . . . . „ 317

Note şi informaţiuni . . . „ 319

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ŞI CHIMIE BIOLOGICĂ
Dr. TELEMAN & Dr. ROŞCA
SIBIU, STR. TRIBUNEI Nr. 10—12



HERBACHOL

Ceaiu pentru tratamentul afecțiunilor hepato-cholecistice, compus din 18 diferite flori, frunze și rădăcini medicinale. Grație acțiunii sale choleretice și cholagoge energice, cât și a efectului său slab purgativ, ceaiul se administrează cu rezultate excelente la cholelitiază, cholangită, icter, cholecistită, boli de ficat și acționează deasemenea contra constipației coexistente.

ANTACID

CU BELLADONA - FARA BELLADONA

Preparat alcalin pentru tratamentul hiperaciditătii stomacale și a consecințelor acesteia. Intrunind avantagiile alcalinelor ușor solubile și a sărurilor alcalino-teroase greu solubile, preparatul garantează atât dispariția momentană a fenomenelor supărătoare, cât și un efect continuu

HYPACIDOL

Compus pe bază de **acid clorhidric** în formă lichidă, **pancreatină** și **pepsină**, reprezintă medicațiunea suverană a hipo- și anaciditătii gastrice și a urmărilor acestora.

Preparatul dă deasemenea rezultate foarte favorabile la tratamentul dispepsiei gastrice, a gastro-enteritei, a diareei cronice și a anemiei, precum și în tratamentul simptomatic a cancerului stomacal.

SAPIC

SAPIC SOCIETATE ANONIMĂ PENTRU INDUSTRIA CHIMICA

Anul II. Nr. 10—12. 10 Lei Exemplarul. Oct.—Dec. 1935.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

Eupaco Merck

Spasmoliticul sigur

la toate spasmele musculaturei netede.

Calmant repede,

prin aceasta e posibil a înlătura morfina.

Prezentări şi ambalage:

Tablete Eupaco à 10 buc.

„ „ „ 20 „

Supozitoare Eupaco à 5 buc.

„ „ „ 10 „

E. MERCK / DARMSTADT

Reprezentant în România:

BIROUL ŞTIINŢIFIC,

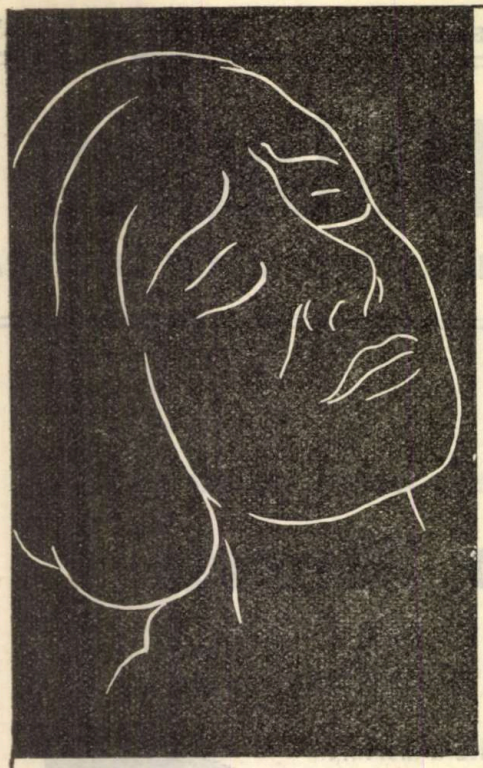
Bucureşti II.

Str. Luigi Cazzavillan 34.

E. MERCK

SIBIU, 1935

Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“



GARDAN

Acţiune remarcabilă în toate infecţiunile şi bolile din cauza unei răceli, reumatism articular şi muscular, cât şi contra durerilor de oriice natură.

Medicament specific contra gripei

Ambalaje originale:

Tub cu 10 tabl de 0,5 gr.
Flacon cu 25 tabl. de 0,5 gr.

BAYER

»Bayer«

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Kh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţii generali pentru România:
„Pharma" Studerus & Co., Bucureşti I, str. Brezoianu Nr. 53.

Accidentele produse de Piramidon şi Dinitrofenol

de

Prof. Dr. D. Danielopolu şi I. Marcu.

Schultz a descris de aproape 10 ani o afecţiune de o gravitate excepţională, caracterizată printr'o anginâ necrotică, alteraţiuni intense ale sângelui (anemie, leucopenie şi diminuarea granulocitelor) şi fenomene septice. In majoritatea cazurilor boala este mortală.

Autorii au crezut la început în acţiunea exclusivă a unui microorganism. Din sânge s'a izolat diferite specii de microbi banali. Alţii au incriminat un factor toxic. Totuşi fenomenele septice cari însoţesc boala arată că, cel puţin în mod secundar, un micro-organism oarecare joacă un rol important.

Mai mulţi autori americani au observat cazuri de agranulocitoză la bolnavii cari consumă în mod curent specialităţi farmaceutice ce conţin între altele şi piramidon. *Madison* şi *Skier* au obţinut la un bolnav care avusese o agranulocitoză, cu 30 ctgr. de piramidon o scădere bruscă şi intensă a leucocitelor, predominând asupra granulocitelor.

Numărul cazurilor de agranulocitoză la bolnavii trataţi cu piramidon şi semnalate în literatură, s'au înmulţit foarte mult.

După războiu încoace, au apărut zeci de specialităţi farmaceutice, conţinând toate ca substanţe principale piramidon şi luminal sau un alt barbituric. Aceste preparaţiuni de piramidon şi un barbituric, sunt vândute sub denumiri diferite şi de obiceiu nu au înscrise pe flacon compoziţiunea lor. Bolnavii consumă piramidon fără să ştie. In afară de aceasta, toate aceste specialităţi sunt deseori vândute fără ordonanţă medicală. Bolnavii aşa de numeroşi atinşi de migrene şi de diferite afecţiuni dureroase cronice, consumă astfel luni şi ani zilnic sau aproape zilnic, o cantitate oarecare de piramidon.

Se mai adaogă inconvenientul următor. Când prescrieam piramidonul fără luminal sau un alt barbituric, bolnavii simţeau deseori o stare de agitaţie şi palpitaţiuni, cari îi împiedecau de a continua acest medicament. Barbituricile sunt excelente calmante ale aparatului sensitiv al inimii. De aceea, vedem astăzi cardiaci, cari suportă foarte bine o preparaţie farmaceutică cu piramidon şi luminal şi care nu pot lua o cantitate chiar mai mică de piramidon, fără un barbituric. Barbituricile maschează, aşa dar, efectele dezagreabile ale piramidonului şi face astfel posibilă consumarea lui pe perioade foarte îndelungate. Iată de ce angina agranulocitară poate fi considerată ca o boală nouă apărută din momentul în care consumarea specialităţilor farmaceutice piramidon-barbituric au luat o aşa de mare extensiune.

S'a pus întrebarea dacă nu cumva preparaţiunea barbiturică din acest amestec este aceea care provoacă agranulocitoza. Această ipoteză poate fi exclusă. Numeroşi epileptici consumă zilnic timp de ani de zile luminal, fără nici un inconvenient de felul acesta.

După cum vom vedea mai la vale, agranulocitoza provocată de piramidon seamănă foarte mult cu acea produsă de benzen. Or, piramidonul posedă un nucleu benzenic în constituţia sa. Adăogăm încă faptul că sindromul agranulocitar a fost semnalat şi după alte preparaţiuni, cari conţin un nucleu benzenic, ca de ex. arseno-benzenii.

Dinitrofenolul este de asemenea capabil de a provoca această boală. El se găseşte astăzi în comerţ sub denumirea de *dinitra* şi este consumat fără ordonanţă medicală, mai ales de femei pentru combaterea obezităţii. Dinitrofenolul mai are încă inconvenientul de a produce în afară de agranulocitoză, o cataractă acută cu o evoluţie foarte rapidă, ajungând până la orbirea completă.

Piramidonul, arseno-benzenii, dinitrofenolul, lucrează prin nucleul benzenic ce ele conţin. In adevăr, fenomenele produse de aceste medicamente seamănă foarte mult cu acelea provocate de benzolul din comerţ, care şi el lucrează prin benzenul ce conţine.

Se face de obicei confuzie între *benzol*, *benzen* şi *benzină*. *Benzenul* este corpul chimic pur ($C_6 H_6$). *Benzolul* este un produs de extracţie al huilei, care conţine între altele şi benzen ($C_6 H_6$). *Benzina* sau *esenţa de petrol* este un produs de distilare al petrolului. Ea este de 10 ori mai puţin toxică decât benzolul.

Benzolul este întrebuinţat în industrii şi în special în industria cauciucului. Ori cât de perfecţionate ar fi mijloacele de captare ale vaporilor de benzol, lucrătorii trăiesc într'o atmosferă încărcată cu acest produs. De aceea apar multe cazuri de intoxicaţiune acută sau intoxicaţiune cronică printre lucrătorii acestor industrii.

Intoxicaţiunea acută la lucrătorii din fabricile cu benzol, se caracterizează printr'o stare de ebrietate, o agitaţie, fenomene respiratorii şi cardiace, ajungând în cazurile grave la comă şi la moarte.

Intoxicaţiunea cronică cu benzol se caracterizează printr'o alteraţiune intensă a organelor hematopoietice şi leziuni de necroză ale ficatului şi rinichiului. Clinicește, bolnavii prezintă hemoragii, anemie progresivă, trombopenie, leucopenie cu diminuarea granulocitelor. La aceşti bolnavi apare câteodată sindromul complet al anginei agranulocitare a lui *Schultz*.

Am studiat comparativ benzolul şi piramidonul în cercetări experimentale pe câine. Intoxicaţiunea acută cu ambele aceste două substanţe, se caracterizează prin aceleaşi fenomene: circulatorii, respiratorii şi nervoase.

Imediat ce începe inhalaţiunea cu benzol la câine, se produce o scădere bruscă a presiunei sanguine, o accelerare a respiraţiunei şi o augmentare de amplitudine a mişcărilor respiratorii. După câteva minute se produce o aritmie foarte intensă cu tulburări în conductibilitate şi fenomene de hiper-excitabilitate a centrilor ectopici. La un moment dat respiraţiunea se răreşte şi în urmă se opreşte complet, în timp ce presiunea continuă să scadă. Dacă continuăm inhalaţia de benzol, animalul moare.

In afară de aceste fenomene, mai apar convulsiuni generalizate, care nu dispar decât câtva timp după ce s'a suprimat benzolul.

Cu 3 cgr. de piramidon pe Kgr. de animal, observăm aproximativ aceleaşi fenomene ca acelea observate cu benzol: hipotensiune, turburări grave în ritmul cordului, modificări respiratorii şi convulsiuni.

In cercetările noastre asupra acestor substanţe, am putut găsi o substanţă care previne sau face să dispară în special fenomenele nervoase provocate fie de benzol, fie de piramidon. Acesta este *luminalul*.

In adevăr, dacă anesteziem animalul cu morfină sau cu cloraloză, benzolul sau piramidonul produce în mod constant convulsiuni generalizate. Dacă anestezia a fost făcută cu luminal, aceste convulsiuni nu se produc. Dacă la un animal anesteziat cu morfină sau cloraloză şi la care benzolul sau piramidonul a produs convulsiuni, se injectează luminal, convulsiunile dispar instantaneu. Dacă la acelaş animal, astfel tratat cu luminal, injectăm piramidon sau administrăm benzol în inhalaţii, convulsiunile nu se mai produc. Dacă la acelaş animal injectăm un antagonist al luminalului, strichnina şi în urmă administrăm piramidon sau benzol, convulsiunile se produc din nou.

Luminalul este, aşa dar, un bun medicament pentru a preveni sau a face să înceteze fenomenele provocate de piramidon sau de benzol.

Cum lucrează piramidonul, dinitrofenolul sau arsenobenzenii pentru a provoca agranulocitoza?

Cercetările lui *Climenko* arată că piramidonul la animale nu provoacă leucopenie. Animalele însă pierd capacitatea de a reac-

ţiona prin leucocitoză la acidul nucleic. Aceste substanţe diminuă, aşa dar, capacitatea reacţională a organelor hemato-poietice, aşa de utilă în cursul infecţiunilor.

Medicamentele din acest grup, consumate lung timp, pot desigur, singure să producă agranulocitoză. Acest mecanism nu este exclus, dar nu credem că el este obişnuit.

Când vedem pentru prima dată în Clinică amigdalitata agranulocitară cu fenomenele septice cunoscute, nu cunoaştem care erea starea sângelui înainte de apariţiunea acestei boale. Insă, sindromul agranulocitar sanguin, reprezintă o leziune a sângelui aşa de gravă, încât este foarte greu de admis, cum cred unii autori, că agranulocitoza a precedat amigdalita necrotică. Şi aceasta mai ales în cazurile în cari primele fenomene au apărut în deplină sănătate.

Nu credem că agranulocitoza precedă des amigdalita necrotică. Ceeace precede acest sindrom, este o stare specială a organelor hematopoietice, datorită piramidonului sau dinitrofenolului, sau arsenobenzenilor, o stare de vulnerabilitate a acestor organe, care face ca organismul să reacţioneze cu totul altfel decât un normal la o infecţiune oarecare.

Sângele poate să nu prezinte nici-o alteraţiune şi numai organele hematopoietice sunt alterate. Ele şi-au pierdut capacitatea reacţională a organelor hematopoietice normale. O amigdalită banală, care la un om normal provoacă o excitaţiune a organelor hematopoietice şi o leucocitoză, dă naştere pe un astfel de organism la o sideraţiune a acestor organe şi la leucopenie cu agranulocitoză.

Nu trebue să ne mirăm că într'un anumit stadiu, al intoxicaţiunei cu benzen sau cu medicamente cari conţin un nucleu benzenic, organele hematopoietice să fie alterate fără ca tabloul sanguin să fie modificat. Faptul a fost demonstrat de *Climenko* şi de *Miller*. In intoxicaţiunile experimentale cu benzen sau cu piramidon, leziunile organelor hematopoietice preced cu mult modificările din sângele circulant. Din această cauză s'a observat la lucrătorii intoxicaţi cu benzol, că unii din ei fac modificări sanguine progresive, deşi li s'a suprimat de mult cauza de intoxicaţiune.

De sigur că dacă intoxicaţiunea cu astfel de produse este suficient de lungă, ea singură poate provoca agranulocitoza. De obicei însă, se adaogă un factor infecţios, o amigdalită de ex., care prin mecanismul descris mai sus, pe un organism cu alteraţiuni ale organelor hematopoietice şi fără modificări sanguine, sidereazâ aceste organe şi provoacă agranulocitoza.

S'a spus că trebue să existe o sensibilitate specială pentru aceste substanțe pentru ca sindromul să apară. S'a mai susținut că această predispoziție trebue să fie excepțională, deoarece agranulocitoza este o boală rară, — atunci când consumațiunea de aceste medicamente este așa de întinsă.

O predispoziție specială este de sigur necesară. In industriile în care se întrebuințează benzol, numai o parte dintre lucrători fac fenomene de intoxicațiune. *Dar faptul că amigdalita agranulocitară este așa de rară, nu trebue să ne facă să credem că sensibilitatea pentru acest medicament este așa de excepțională.*

Noi nu considerăm amigdalita necrotică ca un simptom fără de care nu putem pune diagnosticul de agranulocitoză. Amigdalita nu este decât o cauză ocazională care a declanșat pe un organism cu organe hematopoietice vulnerabile, sindromul sanguin agranulocitar. Ori și ce altă infecțiune locală sau generală, o pneumonie, o gripă, o febră tifoidă, o infecțiune locală oarecare ar fi capabilă să provoace la astfel de indivizi intoxicați o agranulocitoză. Dar noi în clinică, ne-am obișnuit să nu punem acest diagnostic decât atunci când există și amigdalita. De sigur multe alte infecțiuni grave care se termină prin moarte, pot fi însoțite la bolnavii intoxicați cu aceste medicamente, de sindromul agranulocitar.

In fața gravității sindromului agranulocitar provocat de medicamente a căror consumație se întinde din ce în ce mai mult, suntem obligați să stabilim minimum de profilaxie.

In ceeace privește industriile în cari se întrebuințează benzolul, în afară de captarea sistematică a vaporilor de benzol, trebue să procedăm la triarea lucrătorilor cari sunt recunoscuți ca hipersensibi pentru benzen. Aceștia sunt copiii și adolescenții, femeile și mai ales femeile gravide, anemicii și bolnavii atinși de afecțiuni respiratorii, nervoase și circulatorii.

Lucrătorii odată triați trebuesc examinați din când în când și îndepărtați toți cei cari prezintă fenomene de intoxicațiune cronică cu benzol. *Examenul periodic al sângelui* este absolut indispensabil. Găsim însă, că nu s'a insistat suficient asupra *examenului periodic al aparatului cardio-vascular*, care poate să ne dea indicațiuni prețioase. Cercetările noastre publicate în 1931 și cele recente, arată că aparatul circulator este atins foarte grav de benzol.

Ca tratament al intoxicațiunilor acute cu benzol, insistăm asupra *luminalului*, ce poate fi întrebuințat cu succes. Am arătat, în adevăr, că luminalul face să dispară imediat o parte din fenomenele toxice produse de benzen.

Dintre substanţele medicamentoase cari conţin un nucleu benzenic, piramidonul combinat cu luminalul şi arseno-benzenii, sunt foarte utili în terapeutică. Nu ne putem gândi la îndepărtarea lor, dar anumite măsuri de profilaxie se impun. In ce priveşte piramidonul asociat cu barbituricele, trebue ca în mod obligatoriu flacoanele să poarte compoziţiunea exactă a specialităţii, nu cu formula chimică ce deseori chiar medicii ignorează, ci cu numele de *piramidon*, ce cunoaşte toată lumea.

Putem să luăm faţă de piramidon aceleaşi măsuri ce s'au luat cu opiaceele şi să facem obligatorie ordonanţa medicală? Cred că nu putem obliga pe bolnav să consulte un medic pentru orice afecţiune dureroasă.

Trebue însă ca medicii să atragă atenţiunea bolnavilor asupra nocivităţii piramidonului şi în cazurile în care acest medicament este consumat timp îndelungat, să-i supravegheze. *Cercetarea sângelui* în mod periodic la astfel de bolnavi, este indispensabilă. Ştim însă că piramidonul poate să provoace alteraţiuni ale organelor hematopoietice, care rămân mult timp latente. O cercetare importantă va fi desigur *reacţiunea leucocitară după o injecţie de nucleinat de sodiu*, adică examenul capacităţii reacţionale ale organelor hematopoietice, care la aceşti bolnavi este alterată. Cercetările noastre în această privinţă sunt încă în curs.

In ceeace priveşte arsenobenzenii, aceeaşi supraveghere, prin aceleaşi metode, este indispensabilă.

Dinitrofenolul trebue îndepărtat din terapeutică. Regimul alimentar, diferite metode fizioterapice şi extractele glandulare bine aplicate sunt suficiente în tratamentul obezităţii. Accidentele sanguine şi oculare datorite dinitrofenolului, sunt destul de grave pentru a fi îndrituiţi a lua măsuri contra răspândirii acestui medicament.

Printre alte medicamente care conţin un nucleu benzenic, *Kracke* a putut provoca leucopenie cu acidul salicilic. Cred că acest medicament este cu totul inofensiv. Sunt 20 de ani de când aplic metoda salicilo-alcalină-massivă în tratamentul reumatismului acut, ajungând de obicei la 14 gr. de salicilat şi mai rar la 18 şi 20 gr. pe zi, prelungind tratamentul săptămâni şi în unele cazuri luni întregi. Nu am observat niciodată nici-un inconvenient. Cercetări noi sunt în curs în această chestiune. Ne vom da seama dacă acidul salicilic este sau nu nociv. Nu este exclus ca alcalizarea massivă a organismului să împiedice acţiunea nocivă a acidului salicilic. In acest caz, am poseda un mijloc de a face inofensive şi alte preparaţiuni medicamentoase ce conţin un nucleu benzenic.

Nou!

Octinum

(Metiloctenilamină)

«Knoll»

Spasmolitic și analgetic la dureri provenite din spasme

Indicațiuni:

Stări spastice ale regiunii gastro-intestinale superioare,

ulcer al stomacului și duodenului,

spasme — urmări ale unor operații gastro-intestinale anterioare,

gastralgii din hipersecreție (pentru înlocuirea terapiei alcaline),

spasme ale căilor biliare, renale și vezicale,

constipațiuni spastice,

dismenoree spastică.

Ambalaje originale:

Tablete à 0,15 gr. (Octinum bitartaric)
Tuburi cu 10 bucăți.

Lichid (soluție 10 % de Octinum hidrocloric)
Sticle cu 10 gr.

Fiole à 1,1 cm^3
(1 cm^3 conține 0,1 gr. Octinum hidrocloric)
Cutii cu 5 bucăți.

Dosaj:

De 3 ori pe zi 1 tabletă sau 15–20 picături; la nevoe doze duble. — Se va lua cu nu prea puțin lichid. — Subcutanat de 2–3 ori pe zi 1/2–1 fiolă, intramuscular de 2–3 ori pe zi 1/2 fiolă.

KNOLL A.-G., fabrici de produse chimico-farmaceutice,
Ludwigshafen/Rin.

Reprezentanță și Depozit pentru România:
KNOLL S. A. R., Produse chimice-farmaceutice BUCUREȘTI III, Str. Atena, 29

BIOTONICUM

Roborans - Tonicum - Stomachicum

1 fl. — 250 gr. cu și fără arsen Lei 100·—

este o soluție coloidală de Fe și Mn cu gust foarte agreabil, combinat cu P și As în formă foarte eficace

Indicațiuni: (mai ales)

în toate formele de anemii (Fe, Mn), neurastenie (P), în convalescență, după boalele infecțioase și după operații, în tuberculoză generală și pulmonară, în diatezele exsudative, la boalele tubului digestiv și ale nutriției, în neuroză gastrică și ulcer, în excemele cronice (As) etc.

Farmacia OSCAR ALESI Sebeș-Alba

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)

Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA MIDY

„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriţe de cafea pe zi

J. E. BUCUR - 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

Consideraţiuni medico-sociale ce privesc respectarea drepturilor individului bolnav psihiceşte şi siguranţa socială.

Dr. G. Preda,
medic primar director superior, Sibiu.

(Urmare).

5. **Cum este şi cum trebue privită problema responsabilităţei.**

Atât codul penal român, cât şi cel maghiar aplicat în Ardeal, nu prevăd nici noţiunea responsabilităţei şi deci nici aceia a responsabilităţei atenuate. Sub acest raport încă, legislaţia noastră actuală rămâne criticabilă, căci necunoscând înţelesul acestei noţiuni şi neavând nici organizaţiuni sociale adecvate, (deşi o cer în expertiză), nu o poate aplica aşa precum trebue.

Codul penal maghiar prevede *noţiunea imputabilităţei* iar procedura penală maghiară are la paragraful 246 şi noţiunea *imputabilităţei limitate*. Se prevede la acest paragraf că: „acolo unde există indicii de bănuială că inculpatul sufere sau este atins de o tulburare mintală, sau cu o stare de inconştienţă care exclude imputabilitatea sau o limitează (micşorează), atunci observaţia trebue făcută de 2 medici care-şi vor da părerea dacă inculpatul sufere sau nu... etc.“.

In proiectul noului cod penal, se prevede sub Titlul VII, Capitolul II:

Cauze care apără de răspundere penală sau o micşorează. Articolele corespunzătoare sunt:

Art. 128. Nu răspunde de infracţiune acela care în momentul săvârşirei ei se găsea în stare de inconştienţă din cauză de alienaţie mintală sau din alte cauze.

Art. 129. Acela ce a săvârşit o infracţie în stare de beţie completă provocată prin alcool sau alte substanţe toxice sau stupe-

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII“ SIBIIU

fiante, dacă această stare se datorează unor împrejurări accidentale cu totul neprevăzute de autorul infracțiunei și absolut independent de voința sa.

Art. 130. Prevede că: nu răspunde de infracțiune acela ce a săvârșit faptul sub influința unei constrângeri morale produse prin o amenințare, care constituia un pericol direct pentru viața, integritatea corporală, sănătate și libertate.

Art. 131. Prevede că: nu se socotește infracțiune faptul pe care îl săvârșește individul pentru a scăpa dela un pericol grav, iminent sau fortuit.

Articolele următoare privesc legitima apărare, constrângerea fizică, cazul fortuit, eroarea de drept și de fapt, ordinul legei și comanda autorității legitime, apoi minoritatea care în ultimul aliniat dela Art. 139 spune că: atunci *când există o îndoială asupra stărei fizice sau mintale a copilului sau a adolescentului să se procedeze la o expertiză medicală;* în sfârșit surdo-mutismul, provocarea și circumstanțele atenuante.

Se codifică deci nerăspunderea sau neresponsabilitatea — mai ales — pentru cazurile medicale prevăzute la art. 128, 129 și 130, unde se vorbește de inconștiență, alienație mintală, beție și constrângere morală.

Nu se codifică responsabilitatea atenuată sau răspunderea micșorată pentru tulburările psihice ce constituesc stările intermediare și pe care le-am amintit mai sus. Probabil pentru indivizii cu aceste stări se vor aplica măsurile de siguranță de care ne vom ocupa mai la vale.

Exceptând art. 139, nu se indică în nici un alt articol expertiza medicală. S'ar putea bănui că medicul va fi consultat după caz.

Constatăm însă că s'au introdus în cod noțiunile de responsabilitate sau de răspundere penală. Când se va cere vre-un aviz medical, medicul va fi pus încă în impas, neștiind precis dacă prin concluziile sale trebue să identifice sau nu responsabilitatea penală celei medicale.

Un fapt însă rămâne cert: acela că noțiunea responsabilității nu poate fi exclusă nici din limbajul juridic și poate nici din cel medical.

Nu se va putea evita nici odată înțelesul acestei noțiuni și totdeauna ne vom întreba dacă individul examinat este sau nu diferit și în ce grad față de cel normal, adecă față de acel ce trebue să sufere complect consecințele purtărei sale private sau sociale. De sigur că noțiunea responsabilității nu ar constitui o stânjenire,

dacă diagnosticul, prognosticul şi tratamentul unor anumite tulburări psihice, ar putea avea preciziunea şi obiectivitatea unei boale mintale bine stabilite.

Cu tot ajutorul psihologiei experimentale — de care am vorbit mai sus şi care nu se găseşte la îndemâna fiecărui expert — medicul întâmpină greutăţi de diagnostic în cazurile intermediare adică în acele ce se găsesc între boala evidentă şi stare normală, ceia ce-l face să aprecieze cu dificultate natura şi mijloacele de reprimare sau tratament, şi deci să caute să evite (pe cât poate) răspunsul la întrebarea pusă de judecător asupra responsabilităţei infractorului.

Noţiunea responsabilităţei are, este drept, un cuprins vast şi cu toate că asupra acestei noţiuni sau probleme, s'au scris multe lucrări, cu toate că ea a format subiectul de discuţie în numeroase societăţi şi congrese, totuşi nu am putea mai bine înţelege termenii introduşi în codul penal actual, decât rezumând înţelesul ei din punct de vedere medical.

In codul penal maghiar care se aplică în Transilvania se vorbeşte precum am spus de imputabilitate. Dreptul penal [1]) însă stabileşte o distincţiune între imputabilitate, culpabilitate şi responsabilitate. Distincţiunea eşită prin definiţiile acestor noţiuni, nu mi se pare tocmai clară.

In adevăr prin imputabilitate se înţelege — după dreptul penal — „totalitatea însuşirilor ce trebue să le aibe autorul ca să i se poată imputa fapta comisă".

Prin culpabilitate se înţelege fapta reprobată, sub raport etico-social de un om în starea de imputabilitate. „Autorul faptei este culpabil fiindcă a lucrat contrar datorinţei, ştiind sau putând şti aceasta, deşi a fost în posibilitate de a lucra conform datorinţei".

Prin responsabilitate penală, se înţelege suportarea consecinţelor penale a infracţiunei. „Ca o consecinţă a constatărei imputabilităţei şi culpabilităţei, agentul trebue să suporte consecinţele penale ale faptei sale, el trebue să răspundă de fapta sa".

Pentru medici şi psihologi, responsabilitatea este pusă pe principiul positivismului medical şi reprezintă gradul de integritate şi de bună funcţionare a organismului omenesc şi în special al sistemului neuro-psihic faţă de orice acţiune sau reacţiune. Cercetarea ei s'ar impune deci, la orice infracţiune.

Această definiţie medicală reese din faptul că în orice act voit există un complex de operaţiuni intelectuale, afective şi de voinţă,

[1]) Dreptul Penal de Tr. Popp.

în particular o judecată care compară şi cântăreşte plăcerea adusă prin tendinţa de a face actul dat, cu datorinţa impusă prin convenţiuni şi lege, de a nu-l face.

Responsabilitatea este elementul necesar, dar nu suficient pentru imputabilitate şi chiar pentru culpabilitate, căci considerăm imputabilă numai fapta reprobată sub raport etico-social, reprobare adusă prin abaterea dela anumite convenţiuni sociale, sau reglementări, iar culpabilă fapta care se abate dela legile sociale (penale), legi ce conduc întreaga colectivitate organizată.

Condiţiile impuse prin o responsabilitate în înţeles medical nefiind satisfăcute până în prezent de concepţiile juridice, medicii au luat două atitudini intrând în 2 grupe opuse. (După părerile reprezentate prin cei 2 mari profesori ai Franţei: Ballet şi Grasset).

Pentru cel dintâiu grup, faptul că: responsabilitatea, ca noţiune este produsul unei concepţii filosofice, religioase, metafizice, etc., ce presupune o judecată intuitivă; faptul că medicul face o apreciere ştiinţifică bazată pe constatări medicale ce privesc numai starea normală sau patologică şi că acest medic nu trebue să sondeze sufletele (căutând felul cum boala perturbă conştiinţa morală), ci trebue numai să facă un diagnostic, prognostic şi tratament, impun înlăturarea expresiei, lăsând justiţiei sarcina de a face aprecierea morală pe baza constatărilor medicale.

Grupa adversă susţine că examinatul nu este numai un client obişnuit care trebueşte privit prin prisma individuală şi pur terapeutistă. El aparţine societăţei şi deci trebue examinat sub raport medico-social. Medicul este obligat cu atât mai mult la acest examen, cu cât prin misiunea ce a acceptat (de expert), reprezintă ştiinţa şi societatea. Medicul nu va putea înlătura noţiunea responsabilităţei, nu numai fiindcă juriştii pun întrebări (prin uz), dar fiindcă este dator şi este în măsură să o aprecieze. El nu se va putea desolidariza de convenţiuni care conduc societatea şi justiţia, cu atât mai mult cu cât el însuşi întrebuinţează această expresie, atunci când apreciază conduita semenilor săi şi mai ales când este atins în interesele sale personale.

Este drept că medicul nu trebue să pronunţe hotărâri, ci numai să dea sfaturi medico-sociale (aşa precum le dă pe cele individuale), propunând în unele cazuri ca dreptul de apărare socială să meargă paralel cu dreptul de îngrijire al infractorului bolnav.

Atât lacunele codurilor penale existente (care permit să se traducă în mod ilogic concluziile medicului), cât şi absenţa de organizări medico-sociale bine adaptate cauzei (mai ales pentru

acei cu responsabilitate redusă), fac în starea actuală, pe medicii celor două grupe, să privească prin prismele respective, concluziile cu privire la responsabilitate, dând răspunsuri în conformitate cu doctrina medicală şi de apărare socială pe care o acceptă. Am arătat mai sus erorile ce se pot comite.

Dar între stările de infracţiuni bine definite şi vizate prin codurile penale existente şi greşelile omului normal, se întinde o vastă frontieră de infracţiuni comise de indivizii ce vor prezenta grade variate de responsabilitate şi asupra cărora medicul încă urmează să se pronunţe.

Nu e mai puţin adevărat că şi chiar în stările de alteraţiune mintală arătate de codurile penale existente, şi considerate ca neimputabile (după codul penal maghiar din Transilvania) există grade variate de responsabilitate.

Acei ce sunt zilnic în contact cu bolnavii mintali, se pot uşor convinge cum mecanismul general al gândirei lor patologice, le permite (şi încă destul de mult), să înţeleagă semnificarea anumitor evenimente sau fapte sociale. Ei judecă aceste fapte şi acţionează faţă de ele, ca şi un om normal.

Mulţi bolnavi mintali înţeleg şi apreciază felul cum te comporţi cu ei (o purtare rea din partea acelor ce îi îngrijesc aduce resentimente şi ură, iar o purtare blândă şi dreaptă, sentimente de recunoştinţă). Acei ce nu au halucinaţiuni, critică soarta halucinatorilor şi reclamă medicilor pe bolnavii certăreţi, care-i neliniştesc prin fantaziile sau delirul lor. Cei mai mulţi din bolnavii mintali se arată apoi sensibili la sancţiuni (de exemplu la mutarea din o secţie în alta) etc.

Responsabilitate ca sentiment precum şi conştiinţa comiterei unei daune, o găsim ca realitate, chiar la unii cu alteraţie mintală, cu atât mai mult ea va putea exista la acei ce sub eticheta de degeneraţi, desechilibraţi, perverşi, toxicomani, etc., beneficiază de responsabilitatea atenuată.

In proiectul noului cod penal se insistă asupra responsabilităţei în anumite părţi din expunerea de motive. Se indică în acele părţi (precum am amintit mai sus) argumentele legiuitorilor de a se afilia responsabilităţei morale tradiţionale.

Dacă în cuprinsul articolelor care scutesc sau reduc pedeapsa şi pe care le-am enunţat mai sus nu mai găsim trecută noţiunea responsabilităţei, găsim în schimb alte noţiuni, care precum vom vedea mai târziu nu se pot clarifica decât tot atingând problema responsabilităţei.

In codurile penale actuale avem art. 57 pentru cel din Vechiul Regat şi 76 şi 77 pentru Transilvania, care prevăd cazurile medicale ce beneficiază de scutirea de pedeapsă.

Art. 57. Nu se socoteşte nici crimă nici delict faptul săvârşit în stare de smintire şi în orice altă stare de pierdere a uzului raţiunii sale prin cauze independente de voinţa sa.

Art. 76 din codul maghiar prevede: Nu este imputabilă infracţiunea acelui care a săvârşit în stare de inconştienţă sau a celui a cărui raţiune a fost tulburată şi prin urmare nu era în stare de a dispune liber de voinţa sa.

Art. 77 din codul maghiar prevede: Nu este imputabilă infracţiunea aceluia ce a săvârşit-o fiind constrâns prin o forţă căreia nu a putut rezista sau prin ameninţări care constitue un pericol direct pentru viaţa sa, pentru integritatea sa, sau pentru integritatea corporală a unor persoane din intimitatea sa, dacă pericolul nu a fost înlăturat în alt mod.

După cum vedem alterarea mintală poartă numiri diferite în codul penal din Vechiul Regat şi cel din Transilvania. După codurile penale existente cel cu mintea alterată, numai atunci este scutit de pedeapsă sau exclude imputabilitate, când se dovedeşte că este lipsit de inteligenţă sau pricepere de a aprecia motivele şi a discerne caracterul anti-social al actului său, precum şi dacă s'a hotărât sau determinat conform acestei aprecieri.

Se ştie că în orice infracţie distingem elemente subiective şi obiective, iar pentru culpabilitate se cere stabilirea raportului cauzal, deci a acelei cauzalităţi psihice, care leagă actul extern fizic de cel psihic în special de voinţa infractorului [1]).

Dacă cauzalitatea fizică este rezultatul uneia sau mai multor mişcări externe, cea psihică care precede pe cea fizică, este rezultatul mai multor şi importante operaţiuni interne, intelectuale, sentimentale şi de voinţă.

Din acest complex de operaţiuni, penaliştii actuali pun bază numai pe inteligenţă şi voinţă. Pe cea dintâi (după nişte concepţii psihologice învechite) o acceptă numai în sensul priceperei şi discernământului, cea de a doua în sensul hotărârei sau determinărei.

Inteligenţa este însă definită diferit de diferiţi psihologi. Conţinutul ei — ori care ar fi definiţia — se arată bogat în elemente şi operaţiuni intelectuale. Căci nu putem vorbi de inteligenţă fără a nu lua în seamă funcţiile de recepţie (senzaţie, percepţie, etc.), la care se adaugă negreşit şi acele de elaborare intelectuală (memorie,

[1]) Dreptul penal de O. Tr. Popp.

imaginaţie, asociaţie, etc.). Apoi fiecare din aceste funcţiuni are emotivitatea, sentimentul sau afectul corespunzător şi negreşit trebue să considerăm şi discernământul, adică aceea facultate care compară şi cântăreşte plăcerea sau interesul de a face un act şi datoria de a nu-l face.

Incât priveşte voinţa, discuţiunile asupra temelor de liber arbitru şi determinism au fost numeroase. Ele sunt amintite şi în expunerea de motive a noului cod penal.

Este drept că responsabilitatea penală se întemeiază pe liberul arbitru, dar psihologul ştie foarte bine că actele omeneşti nu sunt dictate de o voinţă care să stea deasupra oricărei influenţe. Această voinţă este — după el — rezultatul jocului, dintre diferite cauze, motive sau mobile. Omul are numai libertatea de a le aprecia şi de a decide potrivit acestei aprecieri, imprimând actului său direcţiunea aleasă.

Voinţa, aşa precum o înţeleg psihologii, nu este deci aceea pe care o iau în considerare penaliştii, deşi şcoala penală pozitivă ne arată infracţiunea nu ca o entitate abstractă, ci ca un fenomen complex determinat de diverse cauze, ceiace ne conduce la ideia că răspunderea poate cădea nu numai asupra infractorului dar şi asupra societăţei. (Responsabilitate distributivă) [1]).

La săvârşirea unei infracţiuni cred deci că trebue să se cerceteze nu numai inteligenţa, afectul şi voinţa dar întreaga personalitate a infractorului (adaptaţia, rezolvarea prin gândire a unei probleme noui, tendinţele instinctive, temperamentul, caracterul, etc.) precum şi toate împrejurările din mediul extern şi în special din acel în care s'a comis infracţiunea, întrucât mediul şi educaţia aduc o mare contribuţie la formarea caracterului individului şi fac parte constitutivă (pot zice) din personalitatea lui.

Imputabilitatea sau responsabilitatea, implicând în sine precum am spus integritatea şi buna funcţionare a organismului şi în special a sistemului neuro-psihic, medicului îi revine sarcina să indice datele biologice care privesc alteraţia mintală, şi cele psihologice, în special cele culese prin psihologia experimentală (care privesc: determinarea, adaptaţia, temperamentul, caracterul, aprecierea valorii etice, sociale, etc.). Judecătorul pe baza documentelor şi pe studiul împrejurărilor în care s'a comis infracţia, judecă întrucât cele constatate de medic au putut influenţa pe infractor.

Judecătorului îi revine să stabilească deci culpabilitatea, dictând sancţiunea.

[1]) După Dreptul penal a D. Tr. Popp.

Proiectul noului cod penal utilizează, precum am văzut, pentru cazurile care apără de răspundere penală noţiunile: inconştienţă, alienaţie mintală, beţie fără voinţă, discernământ, etc., fără să se insiste mai mult în cuprinsul articolelor asupra noţiunei de responsabilitate.

Trebue să recunoaştem că inconştienţa completă, nu o găsim la toţi alienaţii mintali, mai puţin încă la acei cu tulburări psihice sau anormali.

De cele mai multe ori alteraţia mintală se reduce numai la una sau mai multe componente din personalitatea infractorului şi prin aceste părţi alterate, individul comite infracţia, rămânând lucid în restul de componente (exemplu: individul fobic sau cu delirul interpretativ).

Intre stările de conştienţă şi inconştienţă, apoi (ca şi între responsabili şi neresponsabili) există stări intermediare, cuprinse în subconştiinţă sau semiconştiinţă.

Printre alte cauze care ar putea aduce inconştienţa, şi de care se vorbeşte în art. 128 din noul cod penal, socotim: somnul, somnambulismul, hipnoza, delirul confuzional acut, etc. Aceste stări nu se pot asimila alteraţiei mintale, în plus că medicul le-ar stabili cu greu, întru cât examenul său este întreprins în afara influenţelor din mediul înconjurător şi la alt moment, decât acel al comiterii infracţiunii.

Incât priveşte voinţa şi discernământul am dat deja explicaţiuni.

Pot repeta spunând, că există grade diferite de discernământ aşa precum avem grade diferite de adaptare socială, şi individul nu va putea fi considerat de normal decât numai atunci când în miile de senzaţii şi impresii ce traversează conştiinţa, în jocul său cerebral complex şi variat, va putea, prin facultatea de reflexie şi de autoconducere, să stabilească un echilibru între complexitatea tendinţelor, dorinţelor şi derivaţiile ce i le oferă viaţa socială, adaptându-se cât mai bine mediului în care trăeşte.

Acest discernământ vine şi dispare la anumite vârste. Nu s'ar putea spune precis la ce număr de ani, (fiind întrucâtva şi în funcţie de individ) dar dacă există o minoritate fără discernământ, trebue să acceptăm şi o bătrâneţe sau senilitate în care acest discernământ scade sau dispare (şi de care nu se aminteşte în noul cod penal).

Prin introducerea în cod a expresiunilor de mai sus, în special a conştiinţei şi inconştienţei, nu se înlesneşte situaţia medicului, care va conduce expertiza pe principiile din trecut (examenul întregei

personalităţi), ajungând la un diagnostic, prognostic şi tratament, de astădată nu în cadrul unei responsabilităţi (dacă nu i s'ar cere de judecător aceasta) ci în acel al conştientului.

Psihismul jucând un rol important în cauzalitatea infracţiunei, cred apoi că de el (şi deci şi de medicul care-l analizează) trebue să se ţină seamă în toate cazurile care exclud sau pot reduce culpabilitatea.

Aşa că părerea medicală ar fi utilă nu numai în cazurile care apără de răspundere sau o micşorează, şi care sunt prevăzute la titlul VII capitolul II din noul cod penal, dar în: tăinuiri şi mărturii mincinoase; vagabondaj şi cerşetorie; infracţiuni contra pudoarei şi bunelor moravuri, incest; precum şi în unele contravenţiuni, în special în acele contra moralei publice şi bunelor moravuri.

Se impută medicilor faptul, că interpretează prea larg şi prea uman constatările lor ştiinţifice, ajungând la diagnostice care ar putea fi corectate mai târziu. Dar dacă este vorba de o conştiinţă morală în conformitate cu care hotăreşte judecătorul, această conştiinţă îi va impune şi medicului ca să-şi dea o părere care să fie expresia convingerii lui purtând o răspundere ca şi aceea a judecătorului. Incât priveşte diagnosticul, el poate fi considerat numai ca o firmă, ce se poate (în adevăr) cu timpul schimba; însă caracterizările patologice ale individului, rămân mereu aceleaşi.

(Va urma).

Clinica medicală Cluj
Director Prof. Dr. I. Haţieganu.

Consideraţiuni în legătură cu două cazuri de limfogranulomatoză malignă localizată

de

Dr. Todea Cornel şi **Dr. Degan Emil.**

Considerând limfogranulomatoza ca o boală cu o simptomatologie foarte caleidoscopică, am crezut util, să publicăm două cazuri observate în serviciul clinicei medicale din Cluj, care prin particularitatea lor clinică şi evoluţia neobişnuit de lungă se întâlnesc mai rar.

G. R. vine în serviciul clinicei medicale la 20 Sept. 1935 pentru tumefierea ganglionilor cervicali şi axilari, slăbire în greutate şi forţe fizice. Până acum 6 ani este complet sănătoasă. Dela această dată observă apariţia unor tumorete ganglionare în regiunea cervicală dreaptă şi în ambele axile. Ganglionii nu erau dureroşi. Totodată timp de o săptămână bolnava prezintă frisonete însoţite de ascensiuni termice până la 38—39^0 şi diaree. După acest timp temperatura scade, iar ganglionii îşi micşorează foarte mult volumul, scaunul devenind normal. Fenomenele aceste erau urmate de o fază de acalmie, care a durat timp de 3—4 săptămâni, după care fenomenele se repetă din nou, având aceleaşi caractere adică: frisonete, ascensiuni termice, tumefierea ganglionilor cervicali şi axilari şi diaree.

Inainte cu 3 ani de a intra în serviciul nostru i se face prima serie de şedinţe de radioterapie, după care nu se simte mai bine şi continuă să prezinte fenomenele de mai sus. Inainte cu 2 ani şi cu un an face din nou radioterapie, după care observă că intervalele de acalmie se lungesc foarte mult. La examenul obiectiv se constată următoarele: este o bolnavă slab nutrită, cu tegumentele palide, în regiunea cervicală dreaptă şi în ambele axile palpându-se nişte tumorete de mărimea unor alune şi nuci, de consistenţă dură, ne dureroşi, cari se pot izola net şi nu aderă de ţesuturile vecine. In alte regiuni accesibile ganglionii nu sunt măriţi de volum.

Splina şi ficatul se găsesc între limite normale. La radioscopia pulmonară şi mediastinală nu se constată nimic deosebit. Aparatul cardio-vascular nu prezintă nimic patologic. Sistemul nervos central şi periferic este intact.

La examenul hemo-leucocitar se constată următoarele: Leucocite: 9400, hematii: 2,850.000, hemoglobina: 56%, valoarea globulară 1,10. Tabloul leucocitar: polinucleare 66%,
limfocite 30%,
eosinofile 3%,
monocite 1%.

Reacţia Wassermann este negativă. La examenul anatomo-patologic al biopsiei ce s'a făcut dintr'un ganglion axilar la Institutul de Anatomie Patologică din Cluj, se constată că arhitectura ganglionului respectiv este complet alterată, ganglionul fiind transformat într'o massă de celule cu structură foarte variată, printre care se văd foarte multe celule eosinofile şi celule de tip Sternberg. Este o granulomatoză malignă tip Hodkin, Paltauf-Sternberg.

I se aplică bolnavei un tratament radioterapic, constând din 5 şedinţe. In timpul internării în clinică n'a prezentat diarei şi nici temperatură.

In cazul al doilea este vorba de un bolnav în vârstă de 25 ani, de profesiune pantofar. Intră în serviciul clinicei medicale în 24 Septemvrie 1935, pentru tumefierea ganglionilor din regiunea cervicală stg., anemie şi astenie.

In antecedentele eredocolaterale nu este nimic de remarcat. In cele personale se constată că la vârsta de 4 ani ar fi suferit de pneumonie, la 14 ani ar fi prezentat o anginâ banală, iar în 1934 ar fi avut o nefrită.

Boala pentru care se internează în clinică datează de 2 ani şi jumătate. Bolnavul a prezentat dureri de dinţi, în legătură cu care i-a apărut câţiva ganglioni în regiunea cervicală stg. şi cari la palpare erau foarte sensibili. Tot în acest timp bolnavul timp de două săptămâni prezintă ascensiuni termice, ce oscilează între 37—38° fără să fie însoţite de alte simptome.

După aceasta dată timp de aproape 2 ani mai ales în timpul iernei fără nici o cauză evidenţiabilă ganglionii din regiunea cervicală stg. se tumefiază, fără ca bolnavul să prezinte în acest interval temperatură ori alte simptome generale. In timpul verei şi mai ales după cura de soare ce şi-a făcut-o bolnavul din iniţiativă proprie, ganglionii îşi micşorează mult volumul, fără să dispară însă complet.

De vreo 9 luni bolnavul remarcă, că ganglionii îşi măresc volumul şi apar noui tumorete ganglionare în aceasta regiune. In acelaş timp devine anemic, are cefalee şi sensaţii de răceală în întreg corpul, scade în greutate (aproximativ 14 kgr.) şi în forţe fizice.

La examenul obiectiv se constată: tegumentele mai palide, cu ţesutul celulo-adipos mai redus. In regiunea cervicală stg. prezintă un pachet ganglionar, format din mici tumorete de mărimea unor nuci mai mari şi a căror consistenţă este mai dură. Se pot izola însă de piele şi ţesuturile învecinate. Nu sunt dureroşi la palpare. Ganglionii inghinali sunt uşor măriţi, asemenea şi amigdalele.

La examenul radiologic al toracelui nu se constată ceva deosebit. Splina şi ficatul nu sunt mărite, reacţia Wassermann în sânge este negativă. Hematii 3,300.000, hemoglobina 70% (Sahli), valoarea globulară 1. Leucocite 6,000. Tabloul sanghin: polinucleare 61%,
limfocite 24%,
monocite 13%,
eosinofile 2%.

La examenul histo-patologic făcut din biopsia unui ganglion cervical se constată în secţiunile făcute, că arhitectura ganglionilor este alterată, observându-se o infiltraţie considerabilă a ţesutului conjunctiv, elementele limfoide formând cordoane printre bandele conjunctive. Se văd celule în cea mai mare parte limfoide şi reticulare; sunt de asemenea celule mai mari cu nucleul lobulat, cu protoplasma abundentă, asemănătoare celulelor Sternberg, rari eosinofile, nu se văd nicăieri elementele unui proces tuberculos. Este deci o granulomatoză malignă Hodgkin-Paltauf-Sternberg scleroasă.

In timpul internării i s'a făcut 5 şedinţe de radioterapie şi i s'a administrat roborante generale. Va reveni în serviciul nostru pentru control.

In articolul „Contribuţiuni la forma localizată a limfogranulomatozei maligne" dl Prof. Dr. I. Goia aduce un aport clinic şi ştiinţific asupra acestei forme a limfogranulomatozei. Concepţia actuală a limfogranulomatozei se bazează pe date anatomo-clinice. Este o boală ce prezintă o mare varietate de expresiune clinică având o tendinţă la extensiune şi generalizare. Există aşa zise „Forme clinice anormale ale limfogranulomatozei" ce au fost studiate în raportul întocmit de M. Favre, Croisat şi Guichard de Lyon la al XXII-lea congres de medicină ţinut la Paris în anul 1932. In baza acestor observaţii s'au descris în limfogranulomatoză cazuri, cari au debutat

printr'o localizare izolată, puțin comună și uneori chiar greu de interpretat. In aceste cazuri limfogranulomatoza nu se prezintă sub forma ei clasică ci este neregulată și larvată. In formele localizate de multeori aceeași simptomatologie persistă un timp foarte îndelungat, sau se întâmplă uneori că aceste simptome le găsim prezente în tot decursul boalei. In aceste cazuri de altfel foarte rari, afecțiunea de exemplu poate rămâne cantonată la un singur grup ganglionar sau la un organ oarecare timp foarte îndelungat câte 6—9 chiar 12 ani.

Localizarea acestei boale deseori se mărginește la un grup ganglionar cervical sau cervico-axilar, și foarte rar inghinal. Din cauza frecvenței localizării în ganglioni cervicali foarte mulți autori încriminează pătrunderea virusului granulomatos prin nas, gură și în special prin aparatul faringo-amigdalian, fără să se poată stabili riguros acest lucru. Din cauza evoluției neobișnuite de lungi în aceste localizări ganglionare s'a pus în discuție dacă oare limfogranulomatoza descoperită prin biopsie n'ar fi de o dată mai recentă grefându-se pe niște ganglioni, cari în prealabil au fost sediul unei alte afecțiuni.

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piața Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm :

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu prețuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU : Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu prețuri reduse.

CĂRȚI LITERARE, ȘTIINȚIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu prețuri originale.

COMPACTĂM cu prețuri convenabile : Cărți, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

Gradaţiile medicilor funcţionari.

In Congresul profesional al Asociaţiei Generale a medicilor ţinut la 7 Decemvrie 1935 în Bucureşti, am avut onoarea de a prezenta şi a susţine un raport asupra problemei „*Salarizării şi gradaţiilor medicilor funcţionari*". Concluziile acestui raport au fost acceptate în unanimitate de Congres şi ele au fost înaintate în forma unei „*Moţiuni*" Ministerului Sănătăţii, care le-a primit cu multă bunăvoinţă.

Cu toate acestea, în actuala situaţie financiară, nu credem că se va putea ajunge la un rezultat favorabil în ceeace priveşte îmbunătăţirea salariilor medicilor, deşi desideratele exprimate de Congres sunt cât se poate de modeste şi mai mult decât îndreptăţite.

Problema unei juste salarizări a medicilor funcţionari va rămânea deci un desiderat mereu la ordinea zilei, pentru realizarea căruia Asociaţiile noastre profesionale, vor trebui să lupte cu perseverenţă şi energie încă multă vreme.

In acelaş timp însă, avem datoria de a stărui pentru *realizarea imediată* a acelor cerinţe minimale ale Corpului medical, cari se pot înfăptui chiar şi în împrejurările grele de astăzi, reparându-se astfel, cu un ceas mai devreme, o dublă nedreptate care se face medicilor funcţionari. *Este vorba de revizuirea şi plata efectivă a gradaţiilor cuvenite medicilor.*

Medicii funcţionari neavând posibilitate de avansare pe loc, ei au drept conform legii la un spor de salariu numit gradaţie, pe care îl primesc după fiecare 5 ani de serviciu împliniţi. Conform cu dispoziţiile art. 236 din Legea sanitară în vigoare, sporul unei gradaţii reprezintă 25% dela salariul *iniţial* pe care îl primeşte medicul în momentul intrării sale în funcţiune. Medicii au dreptul la 5 gradaţii pe cari le pot obţine după un serviciu neîntrerupt de 25 de ani.

In aceasta situaţiune un medic de circumscripţie sanitară rurală cu titlu definitiv şi cu un salar iniţial de 5750 Lei brutto lunar, ar

trebui să primească după 5 ani de serviciu împliniți prima gradație, adecă un spor de 25% dela salariul inițial, ceeace în situația actuală înseamnă Lei 1437. Față de aceasta constatăm însă că, în bugetul Ministerului Sănătății, la capitolul respectiv medicul de circumscripție sanitară rurală cu 1 gradație primește un salar de numai 6550 Lei brutto lunar, ceeace înseamnă că prima gradație contrar dispozițiilor din lege este calculată numai la 800 Lei, deci *un minus nejustificat de 637 Lei lunar în dauna medicului.*

Același medic de circumscripție sanitară rurală cu titlu definitiv, după 25 de ani de serviciu având drept la 5 gradații primește conform bugetului un spor de 4450 Lei, adecă Lei 10.200 brutto lunar, în loc de un spor de 7187 Lei cât s'ar cuveni conform legii sanitare, *deci o diferență de 2737 Lei lunar în dauna medicului.*

Un medic primar de județ din categoria urban I. cu salariu inițial de 7950 Lei brutto lunar primește conform bugetului cu una gradație un salar de 9200 Lei brutto lunar, deci un spor de numai 1250 Lei, până când conform legii i s'ar cuveni un spor de 1987 Lei, adecă un salar brutto lunar de 9937 Lei, *iată deci un minus în dauna medicului de 737 Lei lunar.*

Același medic primar de județ având 5 gradații primește conform bugetului un salar brutto lunar de 13.600 Lei, adecă un spor de numai 5650 Lei dela salariul inițial, când ar trebui să primească un spor de 9937, adecă un salar brutto lunar de 17.887 Lei. *Medicul primar de județ cu 5 gradații rămâne deci prescurtat cu importanta sumă de 4287 Lei în fiecare lună.*

Un medic primar de spital din categoria urban I., cu *același salar inițial* de 7950 Lei brutto lunar ca și medicul primar de județ, primește, având 5 gradații un spor de abea 5400 Lei (deci cu 250 Lei lunar mai puțin decât medicul primar de județ din aceeași categorie) în loc de 9937 Lei cât i s'ar cuveni conform Legii sanitare.

Socotim că este inutil să mai înmulțim exemplele, fiindcă în aceeași situație se găsesc toate categoriile de medici funcționari ai Ministerului. Amintim doar cu titlu de curiozitate faptul că, inspectorii generali sanitari, deși li se înscrie în buget numărul gradațiilor la cari au drept conform legii, ei primesc totuși fără excepție numai salariul inițial fără niciun spor de gradație.

Iată deci o mare nedreptate care se face medicilor funcționari: *calcularea arbitrară a sporului cuvenit după gradații, calculare care aduce însemnate prejudicii materiale tuturor medicilor funcționari.* Aceasta nedreptate este și mai mare dacă socotim că medicii funcționari în urma unei încadrări neechitabile și altfel sunt cât se poate

de rău salarizaţi, în orice caz mai rău decât alţi funcţionari publici cu o pregătire profesională inferioară medicilor şi cu o funcţiune care nu poate fi echivalată cu importanţa socială a funcţiunei de medic.

O altă nedreptate care se face medicilor este că dreptul la gradaţii, chiar rău calculat cum este, nu li se mai achită cu începere dela 1 Ianuarie 1932, deşi alte categorii de funcţionari cu drept la gradaţii (corpul didactic) primesc la zi sporul ce li se cuvine. Medicii au doar satisfacţia morală de a-şi vedea înscrise în buget drepturile la gradaţii, nu pot beneficia însă de acest drept, deoarece în urma măsurilor financiare, dela 1 Ianuarie 1932 acest drept nu li se mai achită.

Iată numai câteva aspecte din durerile medicilor manifestate în Congresul profesional din 7 Decemvrie 1935.

Asociaţia Generală a Medicilor şi cu ea dimpreună toate celelalte asociaţii şi colegii profesionale au datoria să lupte cu energie şi fără încetare pentruca aceste minimale revendicări să fie satisfăcute, fiindcă de realizarea lor depinde nu numai soarta şi viitorul unui întreg corp de intelectuali, ci în bună parte depinde chiar bunul mers al sănătăţii publice din ţară.

Ne găsim în preajma alcătuirii Bugetului general al Statului pentru anul 1936/37. Socotim, că în cadrele acestui buget s'ar putea repara nedreptatea care s'a făcut medicilor cel puţin în chestia gradaţiilor, *făcându-se o recalculare a lor conform dispoziţiilor categorice din legea sanitară; dispunându-se înscrierea lor în buget şi ceeace este mai important, luându-se măsuri ca toate gradaţiile cuvenite medicilor să se achite în mod efectiv, cel puţin, cu începere dela 1 Aprilie 1936.*

Prin realizarea acestei măsuri medicii funcţionari ar primi în fine drepturile lor legale, ameliorându-li-se astfel situaţia materială precară în care se găsesc şi care nu mai poate dăinui fără repercusiuni serioase asupra bunului mers al serviciului sanitar.

Dr. I. Stoichiţia

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.

LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :

Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.

COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage (Adultes) — 2 cuil. à dessert (Enfants) — 2 cuil. à café (Nourrissons).

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE

RENÉ DUNOD

103, STR. TOAMNEI BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

LABORATORUL MEDICIS, Bucureşti I., Str. Bărăţiei 48

Medicamente de mare valoare terapeutică

FORTOGENE

Compoziţie: 10% Calcium glicerofosforic, Extr. Kola şi strichni, vin de malaga.

Tonic recalcifiant puternic, reconstituant remarcabil al sistemului nervos şi osos. — Gust delicios, flc. orig. 350 gr.

Doza zilnică: trei linguri de supă înaintea meselor pentru adulţi.
trei linguriţe de cafea „ „ pentru copii.

In tratamentul afecţiunilor gastro-intestinale, locul de onoare îl ocupă preparatele de

Cărbune medicinal-Richter

şi combinaţiunile sale

Fabrica de produse chimice Gedeon Richter, Bucureşti

Sănătatea publică în Rusia.

Rusia Sovietică dela revoluţia ei din 1917 încoace a devenit cel mai formidabil laborator de experienţă pe toate terenurile vieţii omeneşti. In programul ei revoluţionar problemele de sănătate şi ocrotire ocupă locul de frunte şi după rezultatele de până acum se pare că s'a ajuns la o situaţie care întrece mult aşteptările iniţiatorilor. In orice caz zelul ce se depune în rezolvarea vastelor probleme de sănătate publică pare a fi general şi se manifestă în plină putere atât pe tărâmul medicinei curative, cât şi celei preventive. Mai ales medicina preventivă se bucură de o deosebită atenţie recoltând deja în scurtul timp parcurs reale şi promiţătoare rezultate.

Este adevărat că numărul medicilor este încă prea mic pentru vasta republică de peste 150.000,000 locuitori şi pregătirea profesională medicală lasă încă de dorit, dar eforturile ce se depun vor elimina în scurt timp aceste lipsuri. In anul 1912 au existat 6 instituţii de educaţie medicală, în anul 1930 numărul lor s'a urcat la 34. In anul 1912 n'a existat nici un institut de cercetări medicale, azi sunt 106. Educaţia medicală constă din 5 ani de studii universitare, iar studentul în medicină este angajat în cursul celor 5 ani dela început în lucrări practice în spital. Scolaritatea este gratuită, toţi studenţii fiind bursierii statului. Toţi medicii sunt obligaţi a urma din 3 în 3 ani după primirea diplomei cursuri de perfecţionare.

O caracteristică esenţială a vieţii medicale din Rusia Sovietică e că fiecare doctor după terminare devine medic oficial. Azi practica medicală particulară a dispărut aproape fără urme. Abia câţiva medici bătrâni cu o faimă şi reputaţie bine stabilită mai pot rezista. Şomajul medical este necunoscut de oarece nevoia de medici este încă mare şi fiecare doctor este numit într'un post oareşcare îndată după părăsirea universităţii.

Moaşele au 3 ani de studii.

Pentru examinarea şi tratamentul bolnavilor există 3 grupuri de instituţii, fiecare cu un cerc de activitate bine definit şi în strânsă colaborare între ele. Aceste sunt:

1. serviciul medical al fabricelor şi altor instituţii cu număr mare de lucrători;

2. dispensarele şi policlinicele;

3. spitalele şi alte instituţii spitaliceşti.

Examinarea şi tratamentul la domiciliul bolnavului se admite numai în caz de urgenţă sau greutăţi de transport.

Toţi muncitorii şi ţăranii au drept la gratuitate, clasa desmoştenită numai în caz de mare pericol şi boli venerice.

Medicul de fabrică are calitate mixtă, fiind curativ şi preventiv, dar mai mult preventiv. Consultaţii şi tratamente se dau numai în caz de urgenţă sau afecţiuni de minimă importanţă, bolnavii serioşi sunt îndrumaţi de medic la dispensarul în raza căreia se află fabrica. Medicul de fabrică fiind scutit deci în mare parte de obligaţii curative este ocupat în mare măsură cu probleme de igienă industrială prin examinarea muncitorilor expuşi la accidente de muncă (plumb, mercur, tutun etc.) vaccinări profilactice, supravegherea creşelor, bucătăriei dietetice a fabricei, lucrări statistice etc.

In organizarea medicală unitară a Rusiei după serviciul medical al fabricei urmează dispensarele şi policlinicele. Fiecare dispensar şi policlinică are o regiune bine limitată. Dispensarul este baza practicei medicale şi fiind o instituţie cu atribuţii curative şi preventive în acelaş timp, are în evidenţă întreaga populaţie a regiunei, atât cea sănătoasă, cât şi cea bolnavă. Policlinicele sunt în realitate dispensare cu consultaţii pe specialităţi şi prevăzute în mod mai larg cu toate cele necesare pentru a asigura un examen medical complet. Activitatea dela dispensar este completată cu vizitele la domiciliu a surorilor de ocrotire pentru anchetarea condiţiilor de traiu.

In strânsă colaborare cu dispensarele şi policlinicele stau spitalele, îndrumarea bolnavilor în spital se face de către dispensare (policlinici) şi numai excepţional se face primirea direct.

Datele statistice de mai jos arată în mod clar desvoltarea extraordinară a instituţiilor spitaliceşti.

Numărul paturilor de spital:

	1927/1928	1931	1932
la oraşe	111,095	139,594	162,366
la sate	43,590	67,908	82,059

Numărul paturilor în sanatorii (fără cele ale Asig. Soc.):

1927/1928	1631	1932
20,164	33,013	39.011

Realizări mai importante în cursul primului plan quin-quenal:

	1927/1928	1931	1932
	paturi pentru boli infecţioase		
	19,500	32,620	40,554
laboratoare	189	357	575
staţii de desinfecţie	56	243	592
centre de desinfecţie	13	49	68
medici sanitari	1,289	1,989	3,846

Este interesantă comparaţia statistică de jos care arată ameliorările făcute faţă de situaţia prerevoluţionară.

	1913	1926	1927
laboratoare bacteriologice	29		189
centre antimalarice	—		102
inst. antirabice	19		50
dispens. antivenerice	vreo câteva		248
centre antivenerice		144	
disp. puericultură (oraşe)	6	461	
idem (sate)	7	269	

Lupta contra tuberculozei se face prin aşa numitele *centre antituberculoase*. Fiecare centru antituberculos are o regiune bine limitată şi dispune de un serviciu de consultaţii cu laborator şi Röntgen, având caracter terapeutic şi preventiv. Prin acest centru se face vizita la domiciliu a bolnavilor, supravegherea persoanelor de contact, selecţionarea bolnavilor pentru cura de sanatoriu, pneumotorax ambulant etc. Este în strânsă colaborare cu medicul sanitar şi instituţiile de ocrotire a mamei şi copilului. Munca acestui centru este mai presus de orice laudă.

Inainte de revoluţie Rusia dispunea de 350 paturi de sanatoriu, azi sunt 35.000 paturi pe lângă cele 12.000 paturi din sanatoriile de zi şi cele de noapte (day sanatoria, night-sanatoria); în sanatoriul de noapte sunt internaţi bolnavi tuberculoşi capabili de muncă, ei lucrează peste zi, iar noaptea o petrec în sanatoriu. In sanatoriile de zi sunt reţinuţi în timpul liber bolnavii tuberculotici capabili de muncă, cari lucrează în una din cele 3 echipe de rotaţie de 8 ore la fabricile cu regim continuu.

In Moscova există 24 dispensare antitbc. cu 226 medici full-time.

In lupta contra tuberculozei nimic nu impresionează mai mult pe străin decât numărul extrem de mare de case de repaus şi case de reconvalescenţi, toate puse în slujba combaterei tbc. Toate clădirile, palatele, vilele fostei aristocraţii au fost confiscate şi transformate pentru acest scop. In anul 1931 existau în Rusia 724.000 paturi în casele de reconvalescenţi pentru populaţia săracă.

Rata mortalităţii prin tbc. în Rusia la 100.000 locuitori:

	Moscova	Leningrad
1914	280	300
1931	120	130

Incât priveşte problema boalelor venerice se pare că organizaţia actuală prin tratamentul intens şi general ce se aplică este pe cale de a se rezolva în mod fericit. Statistica din anul 1929 dă pentru întreaga Rusie:

354.295 cazuri de sifilis
13.841 „ şancru moale
411.015 „ de blenoragie.

Inainte de revoluţie multe regiuni ale imperiului au fost grav infectate de sifilis, azi în acele părţi numărul bolnavilor este în continuă descreştere. La Rostov în anul 1924 numărul sifiliticilor a fost de 45 la 10.000 locuitori până în anul 1930 a fost redus la 0.5 la 10.000 locuitori.

Tratamentul este gratuit pentru oricine.

Certificatul de sănătate se cere de ambele părţi la căsătorie, dar nu este pretutindeni obligatoriu cerut. Dacă una dintre părţi nu prezintă la căsătorie certificatul de boală şi se dovedeşte ulterior că a fost bolnav se pedepseşte prin închisoare. La acelaş pedeapsă este supus individul şi în caz de concubinaj.

Propaganda pentru cunoaşterea pericolului veneric şi măsurile de apărare contra lui este una din preocupările de căpetenie a organizatorilor. Cinematograful, teatrul şi orice alt mijloc este pus în arg ă măsură la contribuţie pentru propaganda antivenerică şi se pare că aceste mijloace îşi au efectul lor dorit. Se crede că sifilisul va fi „lichidat“ ca un fenomen de massă odată cu sfârşitul primului plan quin-quenal.

Numărul prostituatelor este în continuă scădere. Pentru prostituatele bolnave s'au înfiinţat aşa numitele „Prophilactoria“ unde în acelaş timp cu tratamentul prostituatele primesc o educaţie oarecare învăţând diferite meserii. O ameliorare de mare importanţă faţă de era ţaristă s'a produs în privinţa ocrotirei mamei şi a copilului. Femeia gravidă angajată în fabrică cu lucru manual primeşte concediu cu salar integral 8 săptămâni înainte şi 8 săptămâni după naştere. In plus primeşte un adaus de 25% din salar cu ocazia naşterii şi 9 luni după naştere de 1/4 din salar. In mediu rural 20% a naşterilor au loc în spital, iar la oraşe aproape 100%. Dispunându-se de un număr mare de centre pentru consultaţii prenatale, se face o propagandă întinsă pentru a obişnui mamele viitoare cu avantajile

medicale ale acestor consultaţii. Pentru a încuraja îngrijirea prenatală, femeile cari vizitează aceste centre, primesc o carte de identitate în baza căreia au drept la o raţie alimentară suplimentară, repartizarea la un serviciu mai uşor în fabrică în timpul graviditătii şi o mulţime de alte avantajii materiale. Desvoltarea copilului este urmărită metodic la dispensarele infantile. Astfel de dispensare se găsesc pretutindeni în număr suficient d. e. numai în Moscova sunt 35 de dispensare de acest fel, fiecare cu bucătărie de lapte. Mama pierde dreptul la avantagiile materiale dacă nu vizitează regulat dispensarul. Publicitatea ce se dă acestor dispensare este extraordinară, nici un mijloc (cinema, teatru, întruniri, club, fabrici etc.) nu se cruţă pentru a arăta importanţa lor din punct de vedere medical şi naţional.

Din cauza ocupaţiei excesive a mamelor în fabrici, s'a creat un număr mare de creşe cari îngrijesc copilul în timpul ocupaţiei mamei. Numărul acestor creşe se urcă extrem de rapid, atât la oraşe cât şi la sate.

Numărul paturilor creşelor din Rusia:

	1927	1931	1932
oraşe	34.000	129.000	263.000
mediu rural	126.000	1,529.000	3,830 000

Copiii se aduc la creşe la etate de 1—2 luni şi sunt ţinuţi acolo până la etatea de 3 câte odată până la 5 ani. Intr'o creşă se află maximum 100 copii. Pe lângă îngrijirea medicală, ce se dă aici, se face şi o extrem de folositoare educaţie copiilor, obişnuindu-i cu condiţiile de igienă individuală şi colectivă. Creşele sovietice prin îngrijirea şi educaţia ce o dau, prin curăţenia desăvârşită şi înzestrarea lor modernă se pot pune alături de oricare instituţie de această natură din oricare ţară.

La împlinirea vârstei de 3 ani copiii sunt trecuţi la grădiniţe (Kindergarten), unde rămân până la etatea de 7 ani, când începe educaţia şcolară.

Creşele, grădiniţele, şcoala etc. îşi iau întreaga sarcină a educaţiei copiilor, asupra lor.

Pentru a ne putea da seamă dacă organizaţia actuală a adus sau nu ameliorare în viaţa sanitară a Rusiei, să analizăm rezultatele obţinute sub unghiul următoarelor 2 întrebări:

1. pe ce măsură a redus actualul sistem procentul mortalităţii generale?

2. sistemul actual serveşte toate lipsurile sanitare ale comunităţii?

Incât priveşte prima întrebare se poate dovedi că reducerea mortalităţii este generală, iar procentul mortalităţii prin unele maladii infecţioase a suferit o scădere sensaţională. Cholera a dispărut, variola a scăzut în ce priveşte morbiditatea dela 30 10.000 locuitori din 1919 la 0.37 în 1929. Tifosul exantematic care a dat 4,000.000 îmbolnăviri în anii 1920 şi 1921 în anii 1925—1929 a dat anual maximum 40.000 îmbolnăviri. Febra tifoidă a rămas încă o problemă nerezolvată. Bolile venerice sunt în continuă scădere, iar ceiace priveşte tuberculoza nu se pot da date comparative suficient de exacte, de oarece înregistrarea ei înainte şi imediat după revoluţie a fost foarte defectuoasă. Procentul mortalităţii infantile este mai scăzut decât înainte de revoluţie.

Privitor la a 2 a întrebare răspunsul este asemenea în favoarea actualului regim. Este adevărat că mediul rural nu e suficient de bine înzestrat sub raportul instituţional şi al personalului medical, dar progresul faţă de ceeace a fost este mare şi în continuă ascensiune. In schimb oraşele în marea lor majoritate sunt bine înzestrate cu instituţii sanitare şi în unele privinţe cum e d. e. asistenţa naşterilor şi a leuzelor este mai bine organizată din punct de vedere instituţional decât oricare ţară. Judecând actuala situaţie din orice punct de vedere, progresul faţă de trecut este imens şi dacă nu s'a ajuns încă la rezultate generale în toate domeniile igienei cauza este timpul relativ scurt al ofensivei începute şi suprafaţa enormă a acestei ţări. Se pare însă că în entusiasm nu duc lipsă şi acest fapt este suficientă garanţie pentru succesul întreprinderei.

(După Red Medecine de A. Neusholme şi I. A. Kingsbury).

Dr. I. Cosma.

Un nou preparat „Sandoz“

BELLERGAL

Sedativ eficace al pneomagastricului, simpaticului şi a nucleilor centrali.

O dragee conţine:
0,0001 Bellafolin
0,0003 Gynergen
0,020 Acid-Phenylaetherbarbituric.

Indicaţiuni:
Distonie vegetativă — migrene — Basedow — urticarie — stări nervoase şi depresive — transpiraţii nocturne, etc.

Doze medie:
3—5 dragee divizate în cursul zilei.

Flacon cu 25 şi 100 dragee.

SANDOZ **Literatură şi eşantioane stau la dispoziţie.**

Reprezentanţa ptr. Bucureşti:
Drogueria Nestor
Str. Şepcari 6.

Reprezentanţa pentru Cluj:
Drogueria „Royal“
Piaţa Unirii 26.

FABRICA CHIMICĂ fost „SANDOZ“, Basel (Elveţia)

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**

156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

Arta parfumeriei a atins în anii 1934—35 culmile gloriei

Parfumul şi Apa de Colonie

Jazz

Chat Noir

Jokey Club

Perle de Paris

Ocupă locurile de frunte între parfumuri şi ape de colonie

Congresul Asociaţiei generale a medicilor

In ziua de 7 Decemvrie 1935, orele 10 a. m., s'a deschis congresul Asociaţiei generale, sub preşedinţia d-lui Prof. Dr. P. Tomescu, preşedintele Asociaţiei gen., a medicilor din România — un foarte mare număr de medici, cari iau parte la congres, au umplut complect sala de şedinţe a Asociaţiei din strada Izvor.

In cuvântarea de deschidere dl Prof. Tomescu arată necesitatea convocării acestui congres extraordinar, pentru a se desbate probleme de importanţă vitală pentru întreg corpul medical. Criza materială a medicului practician cauzată de prea întinsa gratuitate şi de numărul prea mare al asiguraţilor caselor cercuale; criza materială a medicului funcţionar din cauza insuficienţei salarizării şi a neplăţii gradaţiilor ce i se cuvin. Dl Prof. Tomescu preconizează reducerea numărului asiguraţilor la casele cercuale şi introducerea cu titlu de experienţă a liberei alegeri a medicului în asigurările din Bucureşti — pentru medicii funcţionari cere armonizarea salarului acestora cu situaţia socială şi studiile lor şi plata imediată a gradaţiilor ce li se cuvine după legile în vigoare. Criza morală rezultă din cea materială.

Roagă pe dl Prof. Gane, Secretarul general al Ministerului Sănătăţii şi reprezentantul Ministerului să asculte sugestiile medicilor şi să caute să soluţioneze doleanţele lor atunci când sunt bazate pe legile în vigoare şi să legifereze revendicările drepte ale lor.

Dl Profesor Dr. Titu Gane, în calitate de reprezentant al Ministerului Sănătăţii, aduce la cunoştinţa congresului *realizările făcute de Minister* în ultimii 2 ani: s'au creat 90 de dispensarii în Jud. Lăpuşna şi s'a pus temelia la 8 sanatorii, s'au angajat lucrări de 141 milioane, s'au comandat medicamente de 123 milioane, s'au creat 200 posturi de medici şi 250 posturi de agenţi sanitari. S'a înfiinţat Liga pentru combaterea tuberculozei etc., — cere corpului medical să fie perfect solidar pentru a putea realiza revendicările sale în care scop îşi oferă tot sprijinul său.

Dl Dr. Marius Popescu, desvoltă raportul său asupra *Reglementării asistenței medicale în asigurările sociale*, pe principiul de liberă alegere a medicului. Arată numărul prea mare cu care s'au înmulțit asiguraților caselor cercuale, cari la rândul lor determină șomajul și criza medicală, — pentru a reda practicianului clientela luată prin asigurări, propune libera alegere a medicului, deocamdată cu titlu de experiență numai în București.

Dl Dr. Vidican într'o cuvântare binemotivată ia atitudine contra liberei alegeri, căci vede în aceasta o nedreptățire vădită a medicului român în special în Transilvania.

Mai iau cuvântul *Dr. Abramovici și Dr. Topa*, care citește moțiunea de mai jos, votată de congres:

„Congresul extraordinar al medicilor din ziua de 7 Decemvrie, având în vedere raportul prezentat de dnii Dr-i Marius Popescu și Abramovici, asupra organizării asistenței medicale în asigurările sociale pe sistemul liberei alegeri a medicului, cu titlu de experiență, în București, admite în principiu această idee.

Propune ca această chestiune să fie soluționată într'un Congres al medicilor din București, întrucât sistemul liberei alegeri urmează a se aplica numai în capitală".

Dl Președinte dă cuvântul d-lui Dr. Țețu, care citește raportul asupra „Casei de asigurări a medicilor". După ample discuții la cari răspunde dl *Dr. Marius Georgescu*, promotorul și alcătuitorul următorului *Proiect de lege pentru înființarea Casei de asigurare a medicilor:*

Art. I. Se înființează Casa de asigurare a medicilor din România, ca Instituție Autonomă, cu controlul Ministerului Sănătății și Ocr. Sociale.

Art. II. Scopul acestei Case este de a servi membrilor săi în caz de boală, invaliditate și bătrânețe, o rentă proporțională cu vechimea asigurării. In caz de moarte, casa de asigurări va servi o rentă văduvei și copiilor minori proporțională cu vechimea asigurării și gradul de invaliditate.

Art. III. Fondurile Casei de asigurare a medicilor se compun din;

1. Un prim fond destinat de Asociația generală a medicilor în acest scop;

2. Cotizațiile membrilor;

3. Subvenția Statului prin toate autoritățile cari au servicii medicale;

4. Subvenţia Casei Asigurărilor Sociale, Casa Muncii C. F. R., Eforia Spitalelor civile, Eforia aşezămintelor Sf. Spiridon din Iaşi, a Aşezămintelor Brâncoveneşti şi a Institutiilor sanitare de sub controlul Statului;

5. Subvenţia Institutiilor şi firmelor comerciale, cari au servicii medicale sau medici funcţionari.

Toate aceste subvenţiuni ale Statului, ale Institutiilor de sub controlul Statului sau particulare, vor fi proporţionale cu numărul medicilor pe cari îi au în serviciu;

6. Dintr'un timbru medical de 1 leu ce se va aplica de farmacişti, în mod obligatoriu pe fiecare reţetă în parte;

7. Din donaţiuni şi legate.

Art. IV. Administrarea acestei Case se va face de către un Consiliu compus din:

1. Secretarul general — Medic al Ministerului sănătăţii;

2. Un delegat al Ministerului de Finanţe;

3. Preşedintele Asociaţiei generale a medicilor, un vicepreşedinte şi Casierul Asociaţiei;

4. Preşedintele Colegiilor medicale;

5. Decanul Facultăţii de medicină din Bucureşti;

6. Şase membrii aleşi pe termen de 3 ani de adunarea generală a Casei de asigurare;

7. Trei censori delegaţi ai Ministerelor de finanţe, de sănătate şi ai Asociaţiei generale a Medicilor.

Art. V. Conducerea Casei de asigurare se va face printr'un comitet de direcţie compus din cinci membrii aleşi de Consiliul de Administraţie pe termen de 3 ani, putând fi realeşi.

Art. VI. Casa de asigurare a corpului medical va începe să funcţioneze imediat după promulgarea prezentei legi.

Art. VII. In caz de lichidare a Casei de asigurare a medicilor, fondurile vor trece în patrimoniul Asociaţiei generale a medicilor.

Art. VIII. Prezenta lege se va reglementa, fixându-se normele de administrare, rentele de plătit asiguraţilor şi toate chestiunile ce decurg din principiile generale prevăzute în legea de faţă.

Urmează raportul d-lui *Dr. Crăciuneanu* asupra *Crizei practicei medicale.* Organizarea asistenţei medicale pentru populaţia săracă şi reglementarea gratuităţii. Congresul hotăreşte adoptarea următoarei moţiuni:

1. Să se intervină la Ministerul sănătăţii, pentru aplicarea art. 71 din Legea sanitară, obligând comunele şi judeţele a face tablourile de bolnavii săraci, conferindu-le actul de paupertate;

2. Triarea cât mai severă a bolnavilor, cari solicită internarea în contul Statului;

3. Să se intervină pentru reducerea numărului enorm de dispensarii dela oraşe, cu consultaţiuni gratuite pentru toată lumea, în dauna practicei medicale şi să se interzică sanatoriilor de a da consultaţiuni gratuite sau cu tarif redus;

4. Să se intervină pentru desfiinţarea consultaţiunilor pentru toată lumea la Spitalul Prof. Cantacuzino, fost I. O. V. şi consultaţiunile pentru civili la spitalele militare „R. E.";

5. Să intervenim la dl Ministru al sănătăţii şi la colegii medici-parlamentari pentru a trece în articolul de practică ilicită a medicinei şi reclamele de medicamente şi tratamente şi descripţia boalelor din ziarele zilnice;

6. Să intervenim ca pentru o mai bună repartiţie a medicinei la sate să se formeze centre rurale de 2.500 locuitori cu dispensarii şi locuinţă pentru medic, cu lot de cultură agricolă pentru gospodărie postului medical şi un salariu cât mai corespunzător anilor grei de studiu ai medicinei;

7. Ministerul sănătăţii şi ocrotirilor sociale, să interzică funcţionarea societăţilor particulare pentru asistenţa medicală. (Astfel de societăţi se găsesc în număr mare în Ardeal).

Dl Preşedinte dă cuvântul *d-lui Dr. I. Stoichiţia* Inspector general sanitar, care-şi desvoltă raportul asupra *Salarizării şi gradaţiile medicilor funcţionari.* Raportul foarte bine studiat este primit cu aclamaţiune de totalitatea congresiştilor. El culmineză în următoarea

Moţiune:

1. Să se creeze corpul tehnic al medicilor, în cadrele căruia să se reglementeze prin lege specială salarizarea, înaintarea şi drepturile la gradaţii ale tuturor medicilor funcţionari, inclusiv medicii şcolari;

2. Să se facă o revizuire şi o armonizare a salariilor actuale, ele echivalându-se cu salariile medicilor militari şi anume: medicul de circ. sanitară rurală cu titlu definitiv să primească salarul unui medic căpitan, medicul primar de judeţ sau şef de Municipiu salarul

unui medic Colonel, iar Inspectorul general sanitar să primească salarul unui medic general din armată;

3. Să se revizuiască situaţia gradaţiilor medicilor funcţionari, sporul de salariu după aceste gradaţii socotindu-se în conformitate cu dispoziţiile art. 236 din legea sanitară. Gradaţiile astfel calculate, să se înscrie în bugetul Ministerului pe anul 1936/1937;

4. Restanţele de salariu, gradaţiile neachitate şi diurnele de transport în restanţă să se achite în numerar, iar dacă aceasta nu ar fi cu putinţă, ele să fie achitate prin bonuri de impozit sau prin rente de ale împrumutului de înzestrare tranşa B.;

5. Medicii şcolari să fie încadraţi conform legei şi salarizaţi la fel cu profesorii secundari titulari (conf. art. 120 din legea învăţământului secundar).

Raportul d-lor *Prof. Dr. P. Tomescu* şi *Dr. V. Dimitriu* asupra *Concursurilor şi numirilor dela Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale* termină cu următoarea

Moţiune:

1. In toate locurile de medici, libere sau ocupate provizoriu, la Stat, la instituţiile de sub controlul Statului şi la Asigurările Sociale, să fie numiţi medici definitivi după normele legii sanitare;

2. Medicii astfel numiţi vor fi inamovibili şi stabili în locurile lor;

3. Concursurile vor fi unitare pentru toate instituţiile publice şi se vor ţine la Ministerul Sănătăţii;

4. Concursurile de internat şi de secundariat pentru toate instituţiile, se vor ţine la Ministerul Sănătăţii în cele trei centre universitare şi vor da dreptul la un stagiu de 4 ani;

5. Pentru medici şi funcţiunile lor, simplificarea aparatului de Stat să se facă la diferitele autorităţi, conform avizului Ministerului Sănătăţii şi dispoziţiunilor legilor sanitare în vigoare.

Dl Dr. P. Stroescu citeşte raportul său asupra *Echivalării diplomelor medicale provenite dela Facultăţile streine.* Congresul aprobă următoarea

Moţiune:

„Constatându-se că echivalarea diplomelor s'a făcut deseori în mod neregulat şi în afara prevederilor legilor şi regulamentelor, că mai totdeauna s'au arătat prea multă îngăduinţă şi că de foarte multe ori nu s'a mai cerut nici diplome şi nici chiar cetăţenia română, ceeace constituie o ştirbire gravă a drepturilor profesionale şi a demnităţii naţionale, cât şi un mare pericol pentru sănătatea publică, congresul hotăreşte:

Este o imperioasă nevoe a se revizui toate echivalările făcute dela războiu încoace, cât şi a se face controlul riguros al tuturor cabinetelor medicale.

Controlul să fie făcut de Colegiile medicale şi sub nici un motiv cu concursul personalului sanitar auxiliar.

Medicii cari au obţinut libera practică fără acte originale, dacă într'un timp anumit nu le prezintă, să fie înlăturaţi dela practica medicală. Această măsură va privi şi pe medicii străini cari nu vor face dovadă cetăţeniei.

Echivalarea diplomelor în viitor să cadă în sarcina Facultăţilor de medicină şi să cuprindă examene asupra materiilor din toţi anii.

Revizuirea să cuprindă şi cabinetele dentare înlăturându-se dela practica acestei specialităţi medicale toţi acei ce nu vor face dovada practicei definitive şi publicată în Monitorul Oficial conform legii.

Colegiile medicale, după cercetarea situaţiei legale a fiecărui caz în parte, vor întocmi şi publica anual, tabelele pe specialităţi de medici şi dentişti cu libera practică, în conformitate cu legea.

Dl General Dr. Vicol referă asupra *situaţiei Staţiunilor balneare* şi roagă Congresul să-şi însuşească următoarea

Moţiune:

Congresul medicilor ascultând expunerea făcută de dl General Vicol asupra modului secret cum s'a lucrat legea de organizare a turismului şi a amestecului ei în vechea organizaţie balneară, recunoaşte absolută necesitatea organizării turismului, fără a aproba modul cum se organizează, îndepărtând dela conducere pe adevăraţii turişti şi făcând un turism oficial cu mulţi noi funcţionari publici.

Congresul protestează încă în contra desfiinţării comisiilor balneare ale staţiunilor care sunt baza organizării balneare şi contra amestecului turismului în chestiunile sanitare însuşindu-şi controlul igienic în staţiuni şi organizând în locul comisiilor balneare şi oficii de turism, de cură şi de termalism, puse sub conducerea turismului, adică însuşindu-şi şi controlul asupra executării medicinei balneare; constată că toate acestea nu ar fi fost introduse de lege dacă la alcătuirea legii s'ar fi cerut şi concursul Ministerului Sănătăţii. De aceea invită pe toţi medicii a propaga ori unde cunoaşterea greşelilor care au dominat la alcătuirea legii turismului şi să stăruiască a se menţine supremaţia sanitară în staţiuni, care în realitate sunt spitale.

Situaţia medicilor tineri.

Dl Dr. Guţulescu vorbeşte despre situaţia penibilă din punct de vedere material în care medicii tineri îşi încep cariera.

Înaintările în armată.

Dl Dr. Alămoreanu cere comitetului Asociaţiei să stăruiască pentru a se face înaintările în armată a medicilor de rezervă.

Congresul se închide printr'o cuvântare a d-lui *Dr. P. Tomescu* în care arată solicitudinea ce Asociaţia o are faţă cu medicii tineri. D-sa mulţumeşte raportorilor pentru munca depusă şi colegilor participanţi la discuţii prin lămuririle aduse de dânşii. Numărul neobişnuit de mare al congresiştilor arată interesul pe care medicii îl au pentru problemele puse la ordinea zilei. Ministerul şi opinia publică va lua act pe urma acestui congres de solidaritatea corpului medical şi de revendicările susţinute cu atâta demnitate. Medicii au nevoie de mijloce materiale potrivite situaţiei şi studiilor lor şi de independenţă morală absolut.

Corespondent.

Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu

Comuna Săcel

Comuna Săcel se află la 23 km. depărtare de Sibiu pe şoseaua Sibiu—Alba-Iulia având o populaţie pur românească. Ocupaţia principală este agricultura şi în mai mică măsură viticultura. Aceste ocupaţiuni aduc comunei un câştig modest, cu toate aceste streinul care trece prin comună este plăcut impresionat de aspectul civilizat al acestei comune cu gospodării bine rânduite şi curăţenie mulţumitoare pretutindeni.

Nivelul cultural este în jurul mediei comunelor noastre româneşti.

Ancheta s'a executat în ziua de 4 Decemvrie 1932 cu 21 medici, 1 farmacist, 4 surori de ocrotire, 2 moaşe, 4 oameni de serviciu, cu concursul a 5 intelectuali din comună.

Numărul locuitorilor este de 820 dintre cari s'au examinat din punct de vedere medical 701 (85·5%).

Constatări generale

Starea materială a familiilor a fost găsită bună în 54 cazuri (27%), mediocră în 96 cazuri (50%) şi rea în 43 cazuri (23%).

31 case au o singură cameră de locuit cu un total de 94 persoane, dând media de 2·7 persoane pe cameră;

128 case sunt cu 2 camere şi adăpostesc un total de 516 persoane, adecă 3 persoane pe cameră;

17 case au 3 camere cu un total de 71 persoane ceeace dă media de 1.4 persoane pe cameră.

Un număr mai mic de case au peste 3 camere de locuit.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg ne dă următoarele:

Grupul 0—14 ani — 27.4
„ 15—49 „ — 48.6
„ dela 50 ani în sus — 24.0

Avem deci o populaţie care aparţine tipului staţionar.

Constatări medicale

Dintre cele 701 persoane examinate 645 (92%) au fost găsite sănătoase şi 56 (8%) atinse de diferite maladii.

Tuberculoza a fost descoperită în 4 cazuri cu 2 forme pulmonare, 1 osoasă şi 1 a altor organe.

Sifilisul este reprezentat prin 2 cazuri de sifilis latent diagnosticat prin reacţia Wassermann. Probe de sânge pentru reacţia Wassermann s'au luat 21 cu 2 cazuri pozitive şi 19 negative.

Afecţiunile aparatului respirator au fost notate în 10 cazuri.

Afecţiunile aparatului circulator sunt trecute cu 7 cazuri, 5 afecţiuni organice şi 2 funcţionale.

Afecţiunile tubului digestiv au fost descoperite în 10 cazuri cu 5 afecţiuni gastrice, 3 intestinale şi 2 hepatice.

Afecţiunile aparatului uro-genital cu 5 cazuri.

Afecţiuni nervoase 1, de nas, gât şi urechi 8 şi oculare 3.

S'au notat un caz de guşă, 1 cretin, un orb şi un surdo-mut.

S'au executat 79 extracţii dentare.

Medicamente s'au distribuit în 216 cazuri.

Spesele anchetei au fost de 3691 Lei adecă 5.20 Lei de persoană examinată.

Comuna Tălmăcel

Comuna Tălmăcel se află în partea de Sud a judeţului, în apropierea vechei graniţe. Dispune de o însemnată avere, comuna având întinderi mari de munţi unde se fac exploatări mari de păduri şi pe lângă aceasta ocupaţie se cultivă creşterea vitelor şi mai ales a oilor. După veniturile ce aduc aceste ocupaţii, populaţia ar trebui să aibă un traiu de un nivel mult mai ridicat decât cel pe care îl duce, însă din lipsa unei îndrumări statornice şi raţionale nu s'a putut încă emancipa până acolo ca să-şi poată raţionaliza şi valorifica munca. Este una dintre comunele cu cel mai ridicat indice de morbiditate generală cauzată pe de o parte de munca grea aproape în 3/4 a anului pe culmile munţilor şi pe de altă parte de lipsa completă a celor mai elementare noţiuni de îngrijire a sănătăţii.

Analfabetismul e mai urcat decât în majoritatea comunelor noastre.

Ancheta s'a executat în ziua de 14 Aprilie 1933 de o echipă de 21 medici, 1 farmacist, 4 surori de ocrotire, 1 moaşă, 1 om de serviciu, 5 intelectuali din comună au dat concursul lor tot timpul anchetei.

Numărul locuitorilor este de 1537, dintre cari s'au examinat 1318 persoane (85.7%).

Constatări generale

Starea materială a familiilor este bună în 99 cazuri (26.5%), mediocră în 258 cazuri (69.2%) şi rea în 18 cazuri (5.3%).

185 case au o singură cameră de locuit cu un total de 680 persoane şi o medie de 3 6 persoane de cameră de locuit;

160 case dispun de 2 camere, adăpostind în total 663 persoane adecă în medie 2 persoane pe cameră;

23 case au 3 camere şi un total de 101 persoane ceeace dă o medie de 1.4 persoane pe cameră.

Un număr mic de case sunt cu un număr de peste 3 camere de locuit.

Distribuţia populaţiei după scara lui Sundbärg ne dă următoarele:

Grupul 0—14 ani — 34.8%
„ 15—49 „ — 49.5%
„ dela 50 ani în sus — 15.7%.

Constatări medicale

Dintre 1318 persoane examinate 588 (44 6%) au fost aflate bolnave.

Tuberculoza a fost descoperită în 7 cazuri cu 4 forme pulmonare, 2 osoase şi 1 ganglionară fistulizată;

Sifilisul s'a găsit în 20 cazuri, toate forme latente fără manifestaţiuni externe. Probe de sânge pentru reacţia Wassermann s'au luat 125 dintre cari 20 pozitive şi 105 negative;

Tumori maligne nu s'au găsit.

Afecţiunile aparatului respirator au fost în număr de 115, marea lor majoritate, bronşite chronice negligate;

Afecţiunile aparatului circulator în număr de 47, dintre cari 32 forme organice şi 15 funcţionale.

Afecţiunile tubului digestiv sunt reprezentate prin 100 cazuri, cu 61 gastrice, 26 intestinale, 7 hepatice şi 4 diferite;

Afecţiunile aparatului uro genital dau o cifră de 61, dintre cari cele mai multe afecţiuni genitale la femei;

Aparatul nervos trecut cu 21 cazuri;

Boli cutanate 50, dintre cari un număr ridicat de scabie; boli oculare 71 cu 5 cazuri de trachom şi 46 cazuri de maladii de nas, gât şi urechi;

S'au notat 45 de guşaţi, 6 cretini şi 3 surdo-muţi. S'au executat 55 extracţii dentare.

Medicamente gratuite s'au distribuit în 418 cazuri.

Spesele acestei anchete s'au ridicat la suma de 8856 Lei adecă 6.70 Lei de persoană examinată.

Dr. I. Stoichiţia
Dr. I. Cosma

	Compoziția	Indicația	Forma și prețul
Calcium „Hygea“ injecție	Calcium gluconat 10%	Calcium therapie · decalcifieri, Hemoragii, pneumnie, tbc., etc.	1 fiolă 5 ccm. Lei 21 5 fiole 5 „ „ 100 10 „ 5 „ „ 170 1 fiolă 10 ccm. Lei 26 5 fiole 0 „ „ 120 10 „ 10 „ „ 210
Senna-carbon tablete	Folia Senae plv Fol. tauri depur. Carbo depur. Sulfur depur. Ol foeuiculi Ol Menthae	Constipație acută și cronică Gastrite, Gastroenterite Intoxicațiuni alimentare	cutia 100 tabl. Lei 66
Dynamin sirop	Calc lactophosph. Calc glycerophosph. Ephedrin nat. Coff. natr. benz. Tra Kola Tra nuc vom. Sirop. qu. S.	Tonic general Hypotonie Adinamie Reconvalescență Preventiv contra hypostazei	flacon 200 gr. Lei 85
Arteronal tablete	Natr nitrosum Luminal syn. Theobromin	Arterio scleroză Hypertensiune sang. Anghină pectorală, Stenocardită, Insomnie	tub cu XX tablete Lei 80

Laborator Farm. „HYGEA“ Cluj

CHINOIN S.A.

ANALGETIC **nou, energic, fără opiate**
Antineuralgic, Febrifug

demalgonil

INJECȚII — *pentru tratamentul* — SOLUȚIE
parenteral — **individual**
a diverselor stări dureroase
Nu irită stomacul, nedăunător!!
INJECȚII: 5 sau 20 ampule à 2 cem.
SOLUȚIE: Sticla picătoare à 15 cem.

REPREZENTANȚA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A. BUCUREȘTI-I STR-SFT-CONSTANTIN-4

Douce France - Océan Blen - Amaryllis

și noua creație

Colonia FUMÉE

de o nuanță inedită

Parfumerie LUBIN — Paris

Concesionară exclusivă: PARFRAM S. A. R., BUCUREȘTI, VASILE LASCAR 209.

Doctorul Vasile Pascal: **Incercări de contribuție la Protecția Sănătății Publice.** București 1935.

Dl *Dr. V. Pascal,* distinsul Inspector General Sanitar al Regiunei Sanitare București, în lucrarea sa intitulată cu multă modestie „Incercări de contribuție la problema sănătății publice", aduce un însemnat aport de cunoștințe, observări și experiențe personale la studiul problemei sanitare din România.

D-sa insistă, cu drept cuvânt, asupra necesității de a se introduce un sistem cât mai larg de medicină preventivă în actuala noastră organizare sanitară și pledează cu argumente foarte întemeiate pentru necesitatea unui studiu cât mai aprofundat al igienei, care trebue să fie fundamentul oricărei organizări sanitare. Arată că în situația dela noi, medicina curativă încă nu poate fi separată de cea preventivă și insistă pentru crearea de mijloace cât mai vaste pentru medicii noștri sanitari (medici de circumscripție, medici primari de județe, medici șefi de municipii și de orașe și inspectori generali sanitari) ca aceștia să-și poată îndeplini cu maximum de folos multiplele atribuții ce le au. Domnul Dr. Pascal insistă în mod deosebit și asupra importanței factorilor extramedicali cari influențează sănătatea publică: starea culturală înapoiată a populațiunei dela țară, mizeria socială, lipsa unei culturi igienice, etc. și preconizează crearea unui *serviciu social* pentru îndreptarea situațiunei în care ne găsim.

După ce arată actuala noastră organizare sanitară, insistă asupra necesității de a se perfecționa prin utilaj modern spitalele mari centrale, dar pledează în acelaș timp și pentru menținerea actualelor spitale rurale, cari aduc bune servicii în deosebi pentru cazurile de urgență. Arată apoi importanța covârșitoare a Laboratorului de igienă cu secție de chimie și bacteriologie, instituție pe care o consideră ca pe cel mai important centru de activitate medicală, atât pentru combaterea epidemiilor, cât și pentru combaterea bolilor sociale. Ne descrie apoi pe larg mersul epidemiei de disenterie din județul Argeș din 1934 și evidențiază din acest prilej, importanța deosebită pe care a avut-o laboratorul în combaterea acestei epidemii.

Autorul în *concluzii,* își exprimă următoarele desiderate:

1. O acțiune cât mai energică în sens preventiv.

2. Spitale centrale și dispensarii pe specialități bine întreținute și complet echipate.

3. Laboratoare de igienă bine utilate pentru fiecare județ.

4. Un plan de acțiune sanitară eșalonat pe mai mulți ani.

5. Asigurarea executării acestui plan prin colaborarea tuturor factorilor competenți.

6. Crearea unui serviciu social pentru combaterea mizeriei și inculturei.

7. Crearea unui Minister al Higienei, Asistenței și Prevederilor sociale.

Lucrarea D-lui Inspector General Sanitar Dr. Pascal este izvorâtă dintr'o profundă și reală cunoaștere a situației sanitare a țării; ea conține observații personale foarte juste și întemeiate și prezintă sugestii și soluții foarte interesante.

Cartea D-lui Dr. Pascal aduce contribuții reale la cunoașterea problemei sănătății publice din țară. **is.**

Codul Legislației Sanitare, de Dl *Sever Alexandrescu, Henrieta Șerbănescu-Sachelarie* și *Ovid A. Sachelarie,* cu prefața Domnului Ministru *Dr I. Costinescu* și cuvântul introductiv al D-lui Secretar General prof. *Dr. T. Gane.*

Tipografia Ziarului Universul 1935, pagini 675, prețul Lei 420.

Intr'un volum respectabil de 675 pagini apar într'un mănunchiu respectabil bine

„ASOCIAȚIUNEA" SIBIIU

rânduit toate Legile şi regulamentele sanitare în vigoare, dimpreună cu o serie întreagă de alte legi şi regulamente cari interesează sănătatea publică şi asistenţa socială.

Astfel, găsim în acest volum: *Legea sanitară şi de ocrotire din 1930* cu modificările din 1933, 1934 şi 1935 cu noua numerotare a articolelor; părţi din expunerea de motive a legii şi din desbaterile parlamentare şi preţioase adnotări cuprinzând o serie de jurisprudenţe stabilite în decursul timpului. Găsim: *Legea pentru înfrânarea cerşetoriei şi vagabondajului din 1921; Legea pentru reglementarea şi controlul apelurilor la contribuţia benevolă a publicului din 8 lunie 1923; Art. XX. din 1877 despre tutelă, curatelă şi sedriile orfanale; Art. VIII. din 1910 privitor la înfiinţarea asilelor pentru copii; Art. XXI. din 1901 despre asistenţa copiilor trecuţi de 7 ani*, etc. etc.

Codul mai cuprinde legile şi regulamentele în legătură cu Legea sanitară şi de ocrotire şi anume: *Legea I. O. V. din 1934; Legea loteriei de Stat 1934; Legea pentru organizarea Ministerelor; Legea administrativă; Legea pentru organizarea finanţelor locale; Legea pentru îndrumarea şi controlul serviciilor medicale din 1934; legiuirile privitoare la exerciţiul farmaciei şi drogheriei*, precum şi o serie întreagă de *regulamente, decrete-legi, decizii ministeriale* privitoare la organizarea şi funcţionarea serviciilor şi instituţiilor sanitare.

Lucrarea Domnilor *Sever Alexandrescu, Ovid Sachelarie şi a D-nei Henrieta Şerbănescu*, întocmită cu multă grije şi deosebită pricepere umple un gol bine simţit, punând la dispoziţia medicilor, juriştilor şi organelor administrative într'un mănunchiu bine selecţionat şi suficient adnotat întreaga legislaţie sanitară şi de ocrotire actualmente în vigoare.

„Codul Legislaţiei sanitare" va îndeplini rolul unui preţios şi util îndreptar pentru toţi cari se ocupă cu problemele sănătăţii publice şi ocrotirilor sociale. **is.**

Sănătatea poporului român. *Dr. G. Banu.*

Dl Dr. G. Banu în calitatea D-Sale de profund cunoscător al problemelor sanitare dela noi a îmbogăţit literatura medicală românească în scurt timp cu o serie de lucrări de mare valoare, iar prin studiul de faţă pune la îndemână lumei cititoare — medici şi laici — un material documentar, care prin prelucrarea lui metodică şi strict ştiinţifică încoronează în mod strălucit întreaga activitate de până acum a autorului. Este extrem de greu de a face în limitele admise pentru acest scop o dare de seamă critică a acestei lucrări, care în cele 530 pagini cuprinde un material statistic şi documentar atât de bogat, încât sintetizează toate aspectele dependente de sănătatea publică dela noi. Pentru a nu prejudicia acest studiu vast şi complet printr'o recensie prea sumară ne mărginim a înşira conţinutul lui prin indicarea capitolelor principale.

Cap. I. se ocupă de condiţiile de desvoltare a poporului român cu subcapitolele privitoare la închegarea unităţii noastre istorice, valoarea vitală a rasei, influenţa stărilor sociale asupra biologiei poporului şi factorii de decimare (ciuma, holera, etc.).

Cap. II. tratează despre evoluţia sanitară a României dela perioada medicinei anonime până în zilele de faţă.

Cap. III. conţine studiul demografic al ţării, ocupându-se cu recensământul din anul 1930.

Cap. IV. expune factorii cu influenţă asupra sănătăţii poporului cu subcapitolele factorilor climaterici, sociali şi epidemiologici. La sfârşitul capitolului găsim studiul mortalităţii infantile şi al mortinatalităţii.

Cap. V se ocupă de protecţiunea sanitară a poporului român adecă cu instituţiile sanitare menite a da asistenţă medicală şi de ocrotire populaţiei. Se face o amplă descriere a organizării Ministerului Sănătăţii, Ocrotirea sanitară urbană şi rurală, organizarea asigurărilor sociale, a armatei, căilor ferate, poştelor, oficiului naţional de educaţie fizică şi organizarea

instituţiilor sanitare şi de ocrotire susţinute din iniţiative particulare.

Cap. VI. Concluziuni.

Din înşirarea simplă a principalelor capitole de mai sus, reiese valoarea extraordinară a acestui studiu. O lucrare de acest gen a lipsit în literatura noastră cu toate că cei ce au conducerea vieţei noastre sanitare o căutăm de mult. Dl Dr. Banu a umplut golul dintr'odată şi cel ce citeşte cartea rămâne cu impresia că s'a spus tot ce era necesar să se spună. Cu toate aceste autorul mărturiseşte în prefaţa lucrării că nu a intenţionat a epuiza, tot materialul ce s'ar fi putut încadra în capitolele lucrării. Mărturisim că noi citind-o n'am avut acest sentiment şi dacă autorul totuşi a rămas în credinţă că materialul nu a fost exploatat în întregime ne bucurăm fiindcă suntem siguri că dl Dr. Banu în cel mai apropiat timp va completa lucrarea. Şi va fi o nouă surpriză plăcută pentru noi.

Recomandăm cu toată căldura citirea acestei minunate lucrări. **i. s.**

Revista revistelor.

Dr. M. Schachter *„Nouveaux aspects de la Neuro-psychiatrie et Psychologie expériméntale roumains"* (Strassbourg médical Nr. 12, 15 şi 16 din 1935).

O amplă sinteză a contribuţiunilor ce le-au adus cercetările ştiinţifice ale neuropsihiatrilor români. Autorul d *Dr. Schachter* este cunoscut prin numeroasele D-sale publicaţiuni apărute la noi şi în străinătate. Răspândind — prin lucrarea de faţă — într'un cadru larg rezultatele străduinţelor ce s'au desfăşurat — la noi — în domeniul neuropsihiatriei şi psihiatriei experimentale, D-sa aduce un real serviciu ţării şi ştiinţei noastre. Lucrarea D-sale oglindeşte aceste rezultate în mod documentat, având o bibliografie de aproape 150 de lucrări ale autorilor români ce s'au afirmat în domeniile amintite. Cu mult discernământ ştiinţific dl *Dr. Schachter* trasează nivelul real la înălţimea căruia se găsesc centrele neuropsihice româneşti.

D-sa începe cu descrierea contribuţiunilor ce s'au adus în domeniul semeiologiei nervoase (descoperirea unor reflexe), în cunoaşterea mecanismului fiziologic şi a stărilor patologice ale tonusului, în domeniul biochimiei, în studiul lichidului cefalo rahidian, al metabolismului, insistând apoi asupra descoperirilor de histopatologie ale sistemului nervos.

Al doilea capitol se ocupă de contribuţiunile ce s'au adus — de cercetătorii români — în domeniul psihiatriei, psihologiei experimentale, psihotehnicei şi psihoanalizei Lucrarea se încheie cu menţionarea achiziţiunilor realizate privind anatomia, clinica şi terapia în neuropsihiatrie.

Spaţiul nu ne îngăduie să insistăm, atât asupra acestei lucrări de sinteză a cercetărilor neuropsihiatriei române, cât şi asupra lucrărilor ce-au izvorât din sânul acestor investigaţii ştiinţifice.

Considerăm lucrarea dlui *Dr. Schachter* drept o preţioasă şi necesară informaţie confraţilor de alte specialităţi şi în general celor ce-ar dori să cunoască efectiv acest aspect ştiinţific al culturei noastre. Au posibilitatea să cunoască aportul însemnat ce l-a adus gândirea românească în lămurirea mecanismului nervos şi psihic al individului, — aport ce-a primit un loc de frunte în sânul patrimoniului ştiinţific.

Dr. I. Popescu-Sibiu.

In Decemvrie 1935 a apărut la Cluj Revista de *Endocrinologie, Gynecologie şi Obstetrică.*

Revista are următorul *Comitet de Redacţie: Prof. Dr. Baroni V., Prof. Dr. Grădinescu Ar., Prof. Dr. Grigoriu Cr., Prof. Dr. Mihail D., Prof. Dr. Minea I., Prof. Dr. Parhon I. C., Prof. Dr. Popoviciu Gh., Doc. Dr. Gavrilă I., Doc. Dr. Iancu A., Doc. Dr. Stanca C.*

Redactori: Doc. Dr. Popovici Tr., Doc. Dr. Vancea P., Doc. Dr. Voicu I., Dr. Benetato Gr., Dr. Degan C.

Secretar de redacție: Dr. Purge Gh.

Casier: Dr. Căprioară D.

*

Primul număr apărut, impresionează prin materialul foarte bogat, tratând problema secreţiunei interne a ovarului. Articolele sunt iscălite de Profesori şi constituesc adevărate puneri la punct ale cunoştinţelor actuale asupra fizio-patologiei şi opoterapiei ovariene şi tiroidiene.

Redăm rezumatul primului articol, semnat de *Prof. Dr. Oscar Frankl*, din Viena, despre *Ovarul şi secreţiunea internă.*

Autorul distinge două faze de transformare ciclică a mucoasei uterine: 1. stadiul de evoluţie şi 2. stadiul de transformare.

Hypofuncţiunile ovarului pot fi absolute sau relative, proporţionale. Ultimele fiind datorite unei hiperfuncţiuni a elementelor masculine din glandă, — a căror hyperplazie constitue arhenoblastomul. Extirparea arhenoblastomelor restabileşte secreţiunea femenină a ovarului.

Hyperfuncţiunile ovarului cu hyperplazia celulelor granuloase, prin hypersecreţia foliculinei provoacă metroragiile femeei adulte şi pubertatea precoce la fete.

Indicaţiile tratamentului cu foliculină sunt în amenoreea secundară, hypo şi oligomenoree, turburări de menopauză şi în prurit vulvar. Se recomandă asocierea luteinei cu foliculină în amenoree primitivă şi în sterilitate.

Preparate de corp galben sunt indicate şi în avorturi şi în cazuri de persistenţă a foliculilor maturaţi sau maturaţie exagerată. Hormonul luteic poate fi înlocuit cu hormonul luteinizant (Prolan B), care se găseşte în sângele de femee gravidă. De aceia transfuziile făcute în metroragii hyperfoliculare obţin rezultate bune. **s. r.**

Buletinul Eugenic şi Biopolitic Vol. VI. Nr. 7—9 1935.

Dr. Petre Râmneanţu: *Studiu asupra depopulării Banatului. Cauzele depopulării. Rezultatele anchetei demografice din com. Vărădia, jud. Caraş.*

Intr'un articol de 80 pagini autorul face un studiu minuţios asupra depopulării în comuna Vărădia. Acest studiu face parte dintr'o serie de anchete demografice executate de autor în comunele Vărădia (Caraş), Banloc (Timiş-T.) şi Jablaniţa (Severin), — cari vor apare în continuare.

Pentru importanţa concluziilor la cari a ajuns autorul în com. Vărădia şi considerând că aceleaşi concluzii pot fi atribuite în mare parte şi altor regiuni din ţară unde excedentul de populaţie continuă să fie redus, — redăm concluziile în întregime:

Depopularea care a avut loc în Vărădia s'a produs în mare parte prin deficit natural; numărul născuţilor-vii încă dela 1871 a fost mai mic decât numărul deceselor — şi în mică parte prin emigraţiuni.

Trei sferturi din deficitul natural se datoreşte natalităţii scăzute şi un sfert mortalităţii generale urcate.

I. a) *Natalitatea redusă* a avut loc îndeosebi în clasa populaţiei cu nivel economic bun şi în cea cu nivel cultural şi social superior.

Natalitatea a scăzut în urma fertilităţii reduse a femeilor şi nu în lipsă de femei în general sau în special de femei cu epocă activă a vieţii sexuale.

b) *Fecunditatea femeilor* sau numărul de sarcini pe cari le-a avut o femee în tot cursul vieţii ei, a fost de 7, care este o cifră numai cu ceva mai redusă decât cea normală.

Femeile îşi reduc fecunditatea prin metode anticoncepţionale, cari sunt foarte frecvente în urma timpului lung, liber de sarcini până la termen. Dintre femeile anchetate 21% folosesc anticoncepţionale cu efect sigur.

c) *Fertilitatea*, adică numărul de copii născuţi-vii, de către o singură femee, în medie, atât pentru generaţia actuală, cât şi pentru cea precedentă a fost numai de 2 copii.

Durata fertilităţii este extrem de scurtă, deasupra vârstei de 25 de ani femeile aproape nu mai nasc.

Femeile înstărite au fertilitate mai mică decât femeile sărace. La fel femeile cari şi-au început viaţa conjugală la vârstă tinără sunt mai puţin fertile decât cele cari şi-au început-o la vârsta dela 16—26 de ani.

Fertilitatea redusă nu se datoreşte vârstei prea înaintate a căsătoriţilor dela data începutului vieţii conjugale, nici unei diferenţe prea mare dintre vârsta bărbatului şi a femeii şi nici unei fecundităţi prea mici.

d) *Avorturile provocate* constituesc mijlocul principal prin care femeile îşi reduc fertilitatea. Din toate femeile anchetate 59% şi-au provocat avorturi.

Numărul în medie de cinci sarcini ale unei femei, care formează diferenţa dintre fecunditate şi fertilitate, constitue media avorturilor pe cari şi le provoacă o femee. Din totalul avorturilor, cele spontane au o proporţie relativ mare, probabil însă, că multe din ele au fost tot provocate.

e) *Cauzele reducerii voite a fertilităţii*, prin avorturile provocate şi prin mijloacele anticoncepţionale, sunt: vanitatea femeii şi concepţia materialistă a adulţilor.

Aceste cauze primare cu caracter social au determinat iubirea luxului în îmbrăcăminte, începutul vieţii conjugale a fetelor la o vârstă prematură, au împiedicat educaţia lor, au produs recăsătorii multiple, şi menţin proporţia mare a concubinajelor şi a căsătoriilor de probă.

Tot prin aceste cauze ale individualismului exagerat, unitatea biologică care este familia a devenit o simplă formalitate labilă, contractată din interese materiale, secundată de multe neînţelegeri şi frecvent desfăcută chiar atunci când a fost legată şi civil.

II. a) *Mortalitatea* se menţine urcată îndeosebi prin grupa relativ mare a populaţiei care a trecut de vârsta de 60 de ani şi prin mortalitatea infantilă excesivă.

Proporţia mortalităţii generale este urcată mai ales în populaţia care trăieşte un standard igienic, cultural şi social inferior.

b) *Mortalitatea infantilă* are proporţii urcate, datorită îndeosebi lipsei de educaţie generală a mamelor şi frecvenţei mari a copiilor nelegitimi.

c) *Cauzele de deces* mai importante sunt: tuberculoza la adolescenţi şi adulţi şi bolile primei copilării.

III. *Emigraţiunile* sunt formate din numărul băeţilor cari au învăţat meserii sau profesiuni intelectuale.

IV. a) *Sănătatea fizică a bărbaţilor* adolescenţi şi adulţi, este normală.

b) Femeile suferă frecvent de afecţiuni cronice ale organelor genitale. Jumătate din femeile sterile au acuze genitale, iar dintre acestea 78% precizează, că afecţiunea îşi are debutul în urma avorturilor provocate.

c) Cea mai răspândită boală cronică în populaţia generală este tuberculoza de toate formele.

Note de Terapeutică.

Ce am să spun despre Biotonicum?!

De vreo 3 ani am avut ocazie să mă conving despre valoarea preparatului Biotonicum în practica mea zilnică constatând următoarele:

Biotonicum e o soluţie coloidală de fier şi mangan cu gust foarte agreabil, combinat cu fosfor şi arsen în formă foarte eficace şi de o toleranţă stomacală perfectă. Aceasta se înţelege, fiindcă fierul şi manganul se reduce în tubul digestiv, reprezentând o masă voluminoasă indiferentă de o asimilabilitate — statu nascendi — extrem de uşoară.

Biotonicum dă atât ca tratament specific, cât şi nespecific rezultate mulţumitoare, fie în anemii sau neurastenii, fie în convalescenţă sau tuberculoză, fie în boalele tubului digestiv sau în eczemele cronice.

Biotonicum aduce chiar în cazuri faţă de alte tonice rezistente efecte bune neaşteptate.

Biotonicum se găseşte totdeauna proaspăt, fiind un preparat indigen cu un preţ foarte modest, din cauza aceasta uşor procurabil.

Biotonicum e ambalat cu gust şi estetic, oferind un aspect plăcut, satisfăcând dorinţelor şi celor mai critice.

Din cauza numitelor Biotonicum-ul e preparatul meu de predilecţie.

Dr. N. N.

Consideraţiuni asupra unui nou tonic de *W. Kinkelin* (dela Clinica universitară din Erlangen). Deutsche Medizinische Wochenschrift 1935, Nr. 24, Pag. 960.

Autorul arată în lucrarea sa că Inheptonul trebue să fie administrat în primul rând în stări de epuizare generală de ex.: după ulcer sau cancer gastric, precum şi în maladiile provocatoare de anemii secundare. S'a administrat de asemenea acest medicament în convalescenţe de ex.: după pneumonii sau după operaţiuni mari precum şi în tuberculoză. A injectat de obiceiu câte un cmc. pe zi intramuscular în primele 4—5 zile; mai târziu, la fiecare 2 zile câte 2 cmc. S'a intenţionat în primul rând a produce o influenţă favorabilă asupra stării generale subiective şi bunei dispoziţii, iar abia în al II-lea rând, o mărire a cantităţii de hemoglobină din sânge şi o creştere în greutate. In toate cazurile tratate din cari numai o mică parte au fost descrise în lucrarea autorului, — s'a putut constata că Inheptonul nu este numai medicament excelent pentru excitarea hematopoezei, dar că exercită şi acţiune roborantă generală. Pacienţii d bândesc senzaţiunea de ameliorare şi bien être şi o bună dispoziţie înfloritoare.

Dr. P.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

Şedinţe ştienţifice.

Colegiul şi Asociaţia Generală a Medicilor din Sibiu a ţinut în ziua de 21 Noemvrie 1935 în sala de cursuri a Institutului Obstetric o foarte bine cercetată şedinţă plenară. Şedinţa a fost prezidată de către Dl Inspector General Sanitar Dr. Gheorghe Preda.

După discutarea reclamaţiei D-lui Dr. Süssmann Fr. în contra D-lui Dr. H. Tănăsescu dela Institutul Obstetric din localitate, se dă cuvântul D-lui Dr. Salvator Cupcea, medic auxiliar la Spitalul de Boli Mintale Sibiu, care face o interesantă expunere asupra rezultatelor obţinute cu aparatul de măsurare a timpului de reacţiune (d'Arsonval).

Dl Dr. Ivan, medic secundar la spitalul public Sibiu, prezintă apoi un caz de: Hernie epigastrică însoţită de ulcer stomacal operat în secţia chirurgicală de sub conducerea D-lui Docent Dr. Oct. Filipescu.

Dl Dr. Ioan Cosma, medicul primar al judeţului Sibiu, îşi desvoltă apoi prima parte a conferinţei sale instructivă despre: Starea sanitară în Rusia Sovietică. Conferinţa D-lui Dr. Cosma este publicată în rezumat în numărul prezent al Sibiului Medical.

Proxima reuniune ştienţifică şi administrativă în 8 Ianuarie 1936, ora 6 d. m., în sala de cursuri a Institutului Obstetric Sibiu.

Activitatea medico-socială.

In ziua de 15 Decemvrie 1935 s'a executat de către medicii din Sibiu o minuţioasă anchetă medico-socială în comuna Galeş, jud. Sibiu.

Cu aceasta ocaziune s'au vizitat de către medici toate gospodăriile din comună în număr de 123 şi s'au examinat din punct de vedere medical 331 locuitori din totalul de 698 locuitori ai comunei, deci 47.4% din populaţia totală.

Lucrările de pregătire ale anchetei au fost făcute de către Dl medic primar judeţean Dr. Ioan Cosma, în colaborare cu Dl Dr. Mihail Lupaş, medic de circumscripţie.

Echipa de medici şi personal sanitar a lucrat sub conducerea D-lui Dr. I. Cosma, medic primar judeţean, luând parte: Dr. L. Ionaşiu, medic primar director; Dr. V. Mitter, medic primar de spital; Dr. I. Cheorghiu, medic maior; Dr. Gh. Ghiţescu, medic căpitan; Dr. Schulz, medic şef de ambulator; Dr. Popescu G. Ştefan, medic radiolog; Dr. Al. Antal, medic ginecolog; Dr. Kisch junior, medic internist; Dr. Moise, medic locotenent; Dr. L. Stupariu, medic internist; Dr. N. Gherghel, medic de oraş şi Dr. I. Bucur, medic de circ.; Dr. Lupaş M., Dr. Draser, Dr. Löwy, Dr. Olariu, medici de circumscripţie sanitară rurală.

Farmacist: Victor Pop;

Surori de ocrotire: M. Manta, I. Simonis, E. Topolog, M. Roşca şi V. Manta;

Agenţi sanitari: Maniu V. şi Nicoară.;

Om de serviciu: Alexandru Duna.

Cu ocaziunea anchetei medico-sociale din comuna Galeş s'au dat şi următoarele consultaţiuni de specialitate:

Boli interne	. . . .	*27 cazuri*
Examinări radiologice	.	*10 „*
Boli de nas, gât şi urechi		*28 „*
Boli ginecologice	. . .	*12 „*
Boli de ochi	. . . .	*18 „*
Dermatologice	. . . .	*6 „*
Boli nervoase	. . . .	*10 „*
Extracţii dentare	. . .	*40 „*
Reacţii Wassermann	. .	*23 „*

Au primit medicamente 121 persoane.

Dela Filiala Sibiu a Societăţii de Psihiatrie, Psihologie, Neurologie şi Endocrinologie.

Filiala Sibiu a Soc. de Psihiatrie, Psihologie, Neurologie şi Endocrinologie a ţinut următoarele şedinţe:

26 Septemvrie 1935. Prezidează Dl Inspector Dr. G. Preda.

Dr. Preda, Dr. Stoenescu şi S. Cupcea: *„Constituţia psihică a criminalilor şi delicvenţilor". (Rezultatele făcute asupra populaţiei penitenciarului Sibiu).*

11 Octomvrie 1935. Prezidează Dl Inspector Dr. G. Preda.

Dr. L. Ionaşiu: *„Congresul de Psihiatrie din 6—8 Octomvrie — Chişinău". (Dare de seamă).*

18 Octomvrie 1935. Prezidează Dl Inspector Dr. G. Preda.

Dr. G. Preda: *„Câteva date asupra organizaţiunilor de asistenţă socială din ţara noastră".*

2 Noemvrie 1935. Prezidează Dl Inspector Dr. G. Preda.

Dr. L. Ionaşiu: *„Noile metode statistice ale Institutului Demografic Român".*

9 Noemvrie 1935. Prezidează Dl Inspector Dr. G. Preda.

S. Cupcea: *„Reflexele condiţionale în psihiatrie".*

15 Noemvrie 1935. Prezidează Dl Inspector Dr. G. Preda.

Dr. L. Ionaşiu, Dr. Lungu, S. Cupcea: *„Timpul de reacţiune la români în comparaţie cu alte grupe etnice".*

23 Noemvrie 1935. Prezidează Dl Inspector Dr. G. Preda.

Dr. G. Preda: *„Rolul traumatismului în patologia mintală". (Comentarii asupra unor lucrări moderne).*

30 Noemvrie 1935. Prezidează Dl Inspector Dr. G. Preda.

Dr. T. Stoenescu: *„Ideile noi în tratamentul encefalitei epidemice".*

7 Decemvrie 1935. Prezidează Dl Inspector Dr. G. Preda.

Dr. T. Stoenescu: *„Desbaterile congresului dela Bruxelles asupra Isteriei".*

14 Decemvrie 1935. Prezidează Dl Inspector Dr. G. Preda.

Dr. G. Preda: *„Incercările moderne asupra tratamentului stărilor de depresiune".*

21 Decemvrie 1935. Prezidează Dl Inspector Dr. G. Preda.

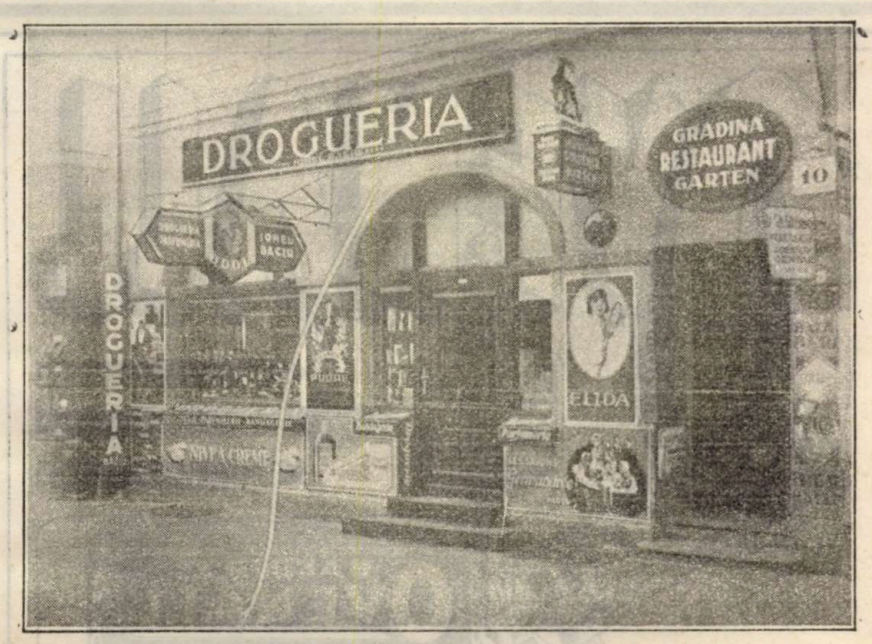
Dr. G. Preda: *„Viziunea şi halucinaţia. Diferitele concepţii asupra viziunilor, în legătură cu ideile lui Quercy". Conferinţă.*

DROGUERIA

Ce spune legea despre actualii droguişti?

„Actualii droguişti autorizaţi vor putea cumpăra, importa şi vinde publicului toate medicamentele brute şi specializate prevăzute în indexul drogueriei.

Se respectă drepturile câştigate pe temeiul legilor anterioare de actuali droguişti autorizaţi".



DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Leopills

sunt din nou livrabili în orice cantitate!

(Pilulae Leo)

Este un **laxativ extras din plante cu acţiune sigură şi lină.**

Este un medicament prescris de foarte mulţi clinicieni, internişti şi medici practicieni.

Nu conţine fenolftaleină!

Se ia 1—3 pilule pe zi. **Nu există obişnuinţă!**

Indicaţiuni: Toate cazurile de constipaţie cronică şi accidentală, în afecţiuni ginecologice post partum, în climacteriu, în pediatrie, în turburări funcţionale ale intestinului şi consecinţele acestora.

„CHLORODONT" S. A. R., Braşov, Ciocrac Nr. 2.

Al VI-lea Congres Național de chirurgie a avut loc dela 15—19 Dec. 1935 în București.

I. **In Partea Științifică** *au fost tratate în rapoarte bine studiate, următoarele chestiuni:*

1. Dl Prof. Tănăsescu *(Iași) despre* Diagnosticul cancerului rectal.

2. Dl Agregat Nasta *cu Drii* Vlădescu *și* Chirmiciev *despre* Tratamentul cancerului rectal.

După ce amitește studiile anatomice ale regiunei făcute de Prof. Th. Ionescu *și* Prof. Gerota, *recomandă exereza largă combinată, abdomino-pelviană în doi timpi (metoda amputației segmentate,* Coffey, *cu anus iliac definitiv. Vindecări 60—70% pentru o mortalitate de 6—10% și recidive 25%.*

Raportorul menționează două manevre personale: Drenajul perineal al rectului și stabilirea continenței anusului prin torsiune;

3. Dl Prof. Daniel *cu* Dr. Mavrodin *despre* Diagnosticul actual al cancerului colului uterin în România. *După datele primite dela 14 centre chirurgicale din țară, tratează diferitele aspecte ale diagnosticului, clinic, microscopic, biologic, operabilitate;*

4. Dl Prof. Grigoriu *cu* Doc. Dr. Popoviciu, *despre* Tratamentul *aplicat la Cluj. Prezintă o statistică de 200 operații* Wertheim, *cu vindecări de 50% și mortalitate primară de numai 3%;*

5. Dl Prof. Angelescu *(București) și* Prof. Al. Pop *(Cluj) cu Drii* Șt. Popescu, C. Ghițescu, Th. Ionescu, Marinescu-Slatina, Gr. Popescu *și* I. Robatki, *despre* Diagnosticul și tratamentul chistelor mamare. *Dacă diagnosticul rămâne încă o problemă în legătură cu prognosticul, tratamentul este mai precis, chirurgical, ținând seamă de pericolul degenerării.*

Au urmat numeroase comunicări, *făcute de un mare număr de chirurgi din toată țara.*

Dl Prof. Gerota *cu* Drii Bordeianu *și* Dăniță, *au prezentat rapoarte interesante despre chirurgia în mediul nostru rural, așa cum se practică astăzi, cu multe sugestii de îndreptare pentru viitor.*

Dl Prof. Iacobovici *prezintă un important raport asupra a)* Organizării și înarmării noastre chirurgicale pentru războiu.

La propunerile raportorului se asociază și Dnii generali Raianu *și* Iliescu *hotărându-se ținerea unor ședințe speciale pentru luarea de măsuri concrete din timp în această chestiune și alcătuirea unei liste cu toți chirurgii calificați din țară în vederea întrebuințării lor de către Ministerul de Războiu.*

*

II. In Partea Profesională, *s'a hotărît ca viitoarele congrese să fie organizate de* Asociaţia română de chirurgie, *de sub prezidenţia d-lui* Prof. Bălăcescu *şi iniţiată de dl* Prof. Iacobovici.

Cu această împrejurare a luat fiinţă şi Sindicatul chirurgilor români.

Biroul viitorului congres s'a alcătuit astfel: Preşedinte, dl Prof. Tănăsescu *(Iaşi), Vice-preşedinte dl Prof.* Daniel *(Bucureşti) şi patru secretari: d-nii Dri:* D. Mavrodin, Popescu-Severin, St. Bălcu *şi* S. Ţovaru. *Chestiunile alese sunt:*

1. Vaccinuri şi seruri pre şi post operatorii: *2.* Litiaza biliară; *3.* Fracturile coloanei vertebrale.

Federaţia de chirurgie, *a organizat a 3-a sesiune operatoare, în legătură cu congresul de chirurgie şi cel de urologie, cu deplin succes. Au avut loc operaţii frumoase executate de Profesori străini şi români.* *s. r.*

Conferinţele Domnului Profesor Danielopolu la Oficiul Internaţional de Igienă din Paris, *în sesiunea de toamnă, în calitate de delegat Oficial al României, au fost următoarele:*

1. Accidentele produse de benzen şi de substanţele medicamentoase conţinând un nucleu benzenic, de Prof. Danielopolu, Marcu, Petrescu, Ghingold.

2. Cercetări asupra endemiei tiroidiene în România, al doilea memoriu, toleranţa tiroidianelor la iod, de Prof. Danielopolu şi D. Nicolae.

3. Cercetări asupra endemiei tiroidiene (al treilea memoriu), rolul factorilor tirogeni. Profilaxie, de Prof. Danielopolu, Stoichiţia şi Cosma.

In acelaşi timp a ţinut două conferinţe, una la Facultate sub prezidenţia Prof. Roussy — *şi alta la clinica* Prof. Sergent, *despre: 1. Tiroidiile endemice şi sporadice; 2. Proba amfotropă sino-carotidiană în afecţiunile cardiovasculare.*

Asociaţia română contra cancerului, *de sub Preşedinţia D-lui* Prof. C. Daniel, *a organizat un* Centru anti-canceros, *sub direcţiunea D-lui Agregat* A. Babeş *pentru Diagnosticul şi Tratamentul cancerului, în Strada Alex. Lahovari, 33 Bucureşti.*

Se vor da consultaţii şi se vor face examene anatomo-patologice.

Cursurile de perfecţionare în Ginecologie *în clinica D-lui* Prof. Daniel, *vor începe în 13 Ianuarie şi vor dura până la 5 Aprilie. Lecţiunile clinice şi operaţiile vor fi făcute de dl* Prof. C. Daniel, *cu colaborarea domnilor Doctori:* A. Babeş, Emil Gheorghiu, Alex. Crăiniceanu, T. Frumuşanu, A. Şoimaru, I. Jovin, Goldenberg Bayler, P. Pavelescu, Dan Mavrodin, Mircea Ionescu, I. Florian, Stela Lăzărescu, D. Brezagiu, Gh. Mihăilescu, Caramzulescu şi Popescu-Dolj.

Comitetul Asociaţiei Surorilor de ocrotire cu sediul la Cluj *a ţinut în 16 Octomvrie 1935, prima şedinţă la care au luat parte majoritatea membrelor. Cu această ocazie Doamna vicepreşedintă Z. Costreş a predat preşedinţia D-nei Directoare M. Perţia, aleasă la adunarea de constituire în care timp Domnia Sa a fost plecată într'o călătorie de studii în America fiind invitată de către Fundaţia Rockefeller. La această şedinţă s'au discutat diferite chestiuni de actualitate şi s'a decis să se înainteze un memoriu D-lui Ministru al Sănătăţii prin care se cere să se achite surorilor de ocrotire gradaţiile ce le compete conform art. 236—237 din Legea Sanitară şi de Ocrotire şi cari dela 1 Ianuarie 1932 nu se mai plătesc în urma restricţiunilor bugetare. Totodată s'a cerut ca să se aprobe regulamentul întocmit în şedinţa ţinută la Minister în toamna anului 1934. S'a mai cerut să se ia măsuri ca chiriile, luminatul şi încălzitul să se acorde în mod gratuit tuturor surorilor de ocrotire conform art. 77 din Legea Sanitară şi de Ocrotire şi care în 1935 a fost refuzat de unele comune bazându-se pe unele dispoziţiuni date de către Ministerul de Interne.*

Cu prezentarea acestui memoriu au fost alese D-na Inspectoare Costreş dela Iaşi şi D-na Mândra Botez dela Bucureşti.

S'a mai decis ca proxima adunare generală să se ţină la Cluj, termenul se va fixa şi se va comunica la timp.

Toate surorile sunt invitate să se înscrie ca membre, cererea pentru înscriere va fi înaintată la Cluj, D-nei Directoare M. Dr. Perţia.

* * *

CONCURSURI:

In Monitorul Oficial Nr. 296 din 28 Decemvrie 1935, s'a publicat regulamentul, prin care s'a aprobat următoarea adăogire de alineate la art. 15, lit d, din regulamentul pentru recrutarea medicilor sanitari de circ. urbană sau rurală, medicilor comunali, medicilor primari de judeţe, medicilor şefi de municipiu, medicilor de spitale mixte, medicilor de spitale de specialitate şi ambulatorii policlinice, (publicat în Monitorul Oficial Nr. 256 din 6 Noemvrie 1934).

„La art. 15, lit. d, din regulamentul arătat mai sus, publicat în Monitorul Oficial Nr. 256 din 6 Noemvrie 1934, se adaugă, în grupul specialităţilor de medicină internă (grupul a), următoarele alineate noui:

9. Pelagrologia.

10. Cardiologia.

Posturi vacante:

In Monitorul Oficial Nr. 296 din 28 Decemvrie a. c., au apărut următoarele publicaţiuni ale Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale:

Conform Jurnalului Consiliului de Miniştri cu Nr. 1116 din 21 Iunie 1935, publicat în Monitorul Oficial Nr. 147 din 1 Iulie 1935 şi în baza

art. 11 din legea pentru modificarea legii sanitare şi de ocrotire, publicată în Monitorul Oficial Nr. 164 din 10 Iulie 1935, se aduce la cunoştinţa generală, că sunt vacante următoarele posturi de medici:

Medic Oraş Gheorgheni şi circ. Tifeşti, jud. Putna.

Medic radiolog la Spitalul Piteşti (fără salar).

Spitale mixte: Găneşti (jud. Covurlui); Voineşti (jud. Dâmboviţa); Tg, Săcuiesc (jud. Trei-Scaune); Zimnicea (jud. Teleorman); Deduleşti (jud. Argeş; Dumitreşti (jud. R.-Sărat); Plăineşti (jud. R.-Sărat).

Domnii medici, cari întrunesc condiţiunile legale de a ocupa aceste posturi, vor face cereri acestui minister, în termen de 30 zile dela data prezentei publicaţiuni în Monitorul Oficial Nr. 101.298—1935, Decemvrie 20.

In Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, se află vacant postul de inspector general sanitar al Regiunei Sanitare Cluj.

Domnii medici, cari întrunesc condiţiile cerute de lege, vor înainta cereri ministerului, în termen de 30 zile dela data prezentei publicaţiuni. Nr. 102.560 — 1935, Decemvrie 23.

Tezele susţinute la Facultatea de Medicină din Cluj în cursul anului 1934—1935.

La Facultatea de Medicină din Cluj, s'au mai susţinut în cursul anului şcolar 1934—35, următoarele teze de Doctorat:

Metaplasia epiteliului sacului lacrimal de Pop Juliu.

Caniliculele lacrimale supranumerare de Buttinger Teresa.

Aspectul Oftalmoscopic al cancerului metastatic choroidian de Molnar Francisc.

Fracturile închise ale gambei de Achim S. Ioan.

Consideraţiuni asupra abceselor miliare multiple ale conjuctivei de Corneliu Liuba.

Consideraţiuni asupra fracturilor maxilarului superior de Manu Cornea

Traumatismele renale de Maria Sumea.

Plastiile nasului de Eva Feldştein.

Chistele corneei de Petrescu Ştefan.

Consideraţiuni asupra turburărilor psihice în pelagră de P. Pereverschi.

Epiteliomul colonului şi tratamentul lui chirurgical de Anastasescu Ioan.

Chistul hidatic al măduvei spinării de Weber Vasile.

Consideraţiuni asupra fugilor patologice de Augustin David.

Embryotoxon cornae posterius de Cristu V. Ioanid.

Carcinomul primitiv al trompei uterine de A. Mureşeanu.

Leziuni dentare în etiologia afecţiunilor gastrice de Petru Dabiciu.

Contribuţiuni la studiul sincopei adrenalino-cloroformice de C. Antonescu.

Accidente de muncă cauzate prin agenți fizici de Gheorghe Simko.

Câteva considerațiuni asupra schimburilor respiratorii a echilibrului accido-bazic și a funcțiunei renale în ascensiuni la aviatori de Popovici Gheorghe.

Tuberculoza glandei lacrimale de Bodis Gaspar.

Atrofia musculară mielopatică tip Aran Duchenne de Coriolan Tomuș.

Serviciul sanitar român de Sapira Maurițiu.

Avortul indicat de Isac L. Wolff.

Problema colecistitelor post-apendiculare de Emil Viciu.

Contribuțiuni la studiul colibacizolei de Felicia Penes.

Leziuni inflamatorii cronice ale uretrei posterioare și importanța lor clinică de Tiberiu Pop.

Băile simple și minerale în medicina greco-romană de Ionescu Tiberiu.

Ingroparea și transportarea cadavrelor de Vonhaz Ștefan.

Fistulele vesico-vaginale de Ilie Grigoriu.

Contribuțiuni la studiul clinic al tumorilor sacului lacrimal de Molnar Viorica.

Știri contimporane din gazetele maghiare clujene pentru o istorie sanitară a războiului 1877—78 de Szent Paly Iuliu.

Modificările citologice în lichidul cefalo-rachidian după insuflație cu aer de Iuliu Volentir.

Limfangita mezenterică și peritoneală de Petre Lapteș.

Abcesele pulmonare și tratamentul cu alcool de Gh. Pârlog.

Sarcomul și limfosarcomul intestinului de Dorin Ionescu.

Tratamentul sifilisului cu preparate bismutice liposolubile cu considerațiuni asupra Lecibis-ului de Sallac Gheorghe.

Sindromul anato no-clinic al carcinozei miliare generalizate de Ioan I. Dicu.

Considerațiuni asupra complicațiunilor viscerale în saturnism de Secărea Valer.

Considerațiuni asupra rinichiului polichistic de Eugenia Băncilă.

Concepțiunea psichoanalitică a delirurilor de Bruno Weinstein.

Bromul și lichidul cefalo-rachidian de Drăghircescu Felicia.

Osteomielita acută și tratamentul ei de Ioan Gh. Cosma.

Constituția și personalitatea delicventului de Halmagianu Stella.

Considerațiuni g-rale asupra accidentelor de muncă în legătură cu legislația din România de Remus Siclovan.

Osificarea cristalinului de Preotesiu Ștefan.

Considerațiuni as. stenozei ipertrofice a pilorului la sugaci de Onoriu Coman.

Epiteliomul metastatic oculo-orbitar consecutiv cancerului mamelei de Sofia Glantzman.

Din istoria medicinei legale la Români de Horvath Samuil.

Vindecarea spontană a gliomului retinian de Puskas Gheorghe.

Contribuțiuni la studiul clinic al tumorilor muschilor oculari extrinseci de Revesi Ludovic.

Aviz important

„SIBIUL MEDICAL" își încheie prin acest număr al II-lea an de activitate laborioasă desfășurată pe teren științific și în domeniul revendicărilor profesionale.

Comitetul de medici cari se ocupă de editarea și redactarea Revistei, a avut de luptat în acești doi ani cu numeroase dificultăți în deosebi de ordin financiar. Sibiul Medical, tribună liberă a medicilor, neprimind nici un fel de subvenție dela autorități a fost și este avizat exclusiv la mijloacele proprii pe cari le realizează din taxele de abonament și din publicitate. Ori aceste taxe sunt cât se poate de minimale și sumele cari se realizează din ele de obicei nu pot satisface nici cheltuelilor necesare pentru hârtie și tipar. Din aceste motive facem un călduros apel către toți prietenii, binevoitorii și colaboratorii noștri ca să caute a răspândi Revista noastră în cercuri cât mai largi câștigându-ne noi abonenți. Iar pe abonenții noștri de până acum îi rugăm cu stăruință să-și achite restanțele de abonament fără de cari Revista nu mai poate fi întreținută.

Sperăm că iubiții noștri colegi apreciind munca pe care o depunem și lupta pe care am dus-o fără încetare în interesul Corpului medical, — nu vor întârzia să-și facă datoria față de noi achitându-și la timp taxa de abonament și răspândind Revista în cercuri cât mai largi.

In aceasta speranță Comitetul de direcție și de redacție al „SIBIULUI MEDICAL", dorește tuturor colegilor „AN NOU FERICIT".

„SIBIUL MEDICAL".

Tabla de materii în anul 1935.

Articole ştiinţifice:

Dr. Apostol Od.: Biofiziologia aeronavigaţiei — — — — — — — —	Nr.	1—2	Pag.	17
Dr. Bogaton-Radu Elena şi *Dr. Căliman N.:* Boala lui Bang — —	„	1—2	„	26
Dr. Bonciu C.: Anafilaxie — — — — — — — — — — — — — —	„	5—6	„	150
Dr. Cahane Mareş: Câteva date noui asupra tratamentului epilepsiei	„	1—2	„	9
Dr. Căliman N. şi *Dr. Bogaton-Radu Elena:* Boala lui Bang — —	„	1—2	„	26
Prof. Dr. Danielopolu D. şi *Dr. Marcu I.:* Accidentele produse de piramidon şi dinitrofenol — — — — — — — — — — — —	„	10—12	„	273
Dr. Degan Emil şi *Dr. Todea Cornel:* Consideraţiuni în legătură cu două cazuri de limfogranulomatoză malignă localizată — —	„	10—12	„	288
Doc. Dr. Filipescu O.: Perforaţiile intestinale tifice şi tratamentul lor	„	3—4	„	76
„ „ „ „ Un caz de ulcer duodenal perforat la o copilă de 14 ani — — — — — — — — — — — — — — —	„	5—6	„	147
German N. şi *Neamţu I.:* Contribuţii la cazuistica menstruaţiei tubare	„	7—9	„	229
Dr. Ghizdavu Iosif: Asimetria craniană ca factor patogen şi „Maladia lui Little" — — — — — — — — — — — — — — — —	„	1—2	„	36
Dr. Ionaşiu L. şi *Dr. Preda Gh.:* Observaţii asupra comportării sufleteşti a bolnavului mintal lucrător — — — — — — — —	„	3—4	„	65
Dr. Ionaşiu L. şi *Dr. Preda Gh.:* Observaţii asupra comportării sufleteşti a bolnavului mintal lucrător — — — — — — — —	„	5—6	„	141
Dr. Ivan C.: Prevenirea şi combaterea accidentelor în rachianestezie	„	3—4	„	90
Prof. Dr. Kernbach M.: Progresele Medicinei legale în ultimii ani —	„	1—2	„	1
Dr. Mara Teodor: Rezultatele recente obţinute în tratamentul tuberculozei pulmonare şi pneumotoracele artificial în ultimii trei ani la Sanatorul T. B. C. din Aiud — — — — — — — —	„	3—4	„	94
Dr. Marcu I. şi *Prof. Dr. Danielopolu D.:* Accidentele produse de Piramidon şi Dinitrofenol — — — — — — — — — — — —	„	10—12	„	273
Prof. Dr. Moldovan I.: Organizarea sanitară a municipiilor — — —	„	5—6	„	137
Neamţu Ilie şi *German N.:* Contribuţii la cazuistica menstruaţiei tubare	„	7—9	„	229
Dr. Nicoară E.: Noui contribuţii la anestezia rachidiană superioară	„	1—2	„	33
Dr. Onaca N.: Asupra unui caz de limfogranulom gastric — — —	„	5—6	„	158
„ „ „ Fibromul intestinului subţire — — — — — — — —	„	7—9	„	223
Dr. Popescu Ad. Ion: Anestezia intra-venoasă asociată, Evipan-Natrium şi Dilaudid-Scopolamină— — — — — — — — — — —	„	5—6	„	161
Dr. Preda Gh. şi *Dr. Ionaşiu L.:* Observaţii asupra comportării sufleteşti a bolnavului mintal lucrător — — — — — — — —	„	3—4	„	65
Dr. Preda Gh. şi *Dr. Ionaşiu L.:* Observaţii asupra comportării sufleteşti a bolnavului mintal lucrător — — — — — — — —	„	5—6	„	141

Dr. Preda Gh.: Consideraţii medico-sociale ce privesc respectarea drepturilor individului bolnav psihiceşte şi siguranţa socială Nr. 7—9 Pag. 213
Dr. Preda Gh.: Consideraţii medico-sociale ce privesc respectarea drepturilor individului bolnav psihiceşte şi siguranţa socială „ 10—12 „ 279
Dr. Salcă Eugen: Apendicita şi sarcina — — — — — — — — — — „ 3—4 „ 100
Dr. Stroia Stanciu: Consideraţii în legătură cu două cazuri de eritem nodos — — — — — — — — — — — — — — — — — — „ 7—9 „ 226
Dr. Suciu Cassiu: Neosalvarsanul şi tratamentul septicemiilor carbunoase grave — — — — — — — — — — — — — — — — „ 3—4 „ 104
Dr. Todea Cornel şi *Dr. Degan Emil:* Consideraţii în legătură cu două cazuri de limfogranulomatoză malignă localizată — — „ 10—12 „ 288
Dr. Voinovici Vasile: Despre relaţia între temperatura şi cantitatea laptelui — — — — — — — — — — — — — — — — — — „ 3—4 „ 107

Probleme de Organizare Sanitară şi profesională:

Dr. Cosma I. şi *Dr. Stoichiţia I.:* Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din jud. Sibiu — — — — — — — — — — — Nr. 1—2 Pag. 43
Dr. Cosma I. şi *Dr. Stoichiţia I.:* Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din jud. Sibiu — — — — — — — — — — — „ 3—4 „ 115
Dr. Cosma I. şi *Dr. Stoichiţia I.:* Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din jud. Sibiu — — — — — — — — — — — „ 5—6 „ 175
Dr. Cosma I. şi *Dr. Stoichiţia I.:* Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din jud. Sibiu — — — — — — — — — — — „ 7—9 „ 240
Dr. Cosma I. şi *Dr. Stoichiţia I.:* Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din jud. Sibiu — — — — — — — — — — — „ 10—12 „ 308
Dr. Cosma I.: Sănătatea publică în Rusia — — — — — — — — — „ 10—12 „ 295
Dr. M. S.: Populaţia României în anul 1934 — — — — — — — — „ 7—9 „ 237
Dr. Schulz şi *Dr. Stoichiţia I.:* Bilanţul a 16 ani de activitate la Ambulatorul Policlinic din Sibiu — — — — — — — — — — — „ 1—2 „ 47
Dr. Stoichiţia I.: Eforiile Sanitare şi de ocrotire — — — — — — — „ 1—2 „ 39
„ „ „ Pe marginea statificării serviciilor şi instituţiilor sanitare judeţene şi comunale — — — — — — — — — — — — „ 3—4 „ 109
Dr. Stoichiţia I.: Salarizarea medicilor sanitari şi raporturile ei cu sănătstea publică — — — — — — — — — — — — — — — „ 5—6 „ 166
Dr. Stoichiţia I.: Reglementarea taxelor şi onorariile cuvenite medicilor sanitari — — — — — — — — — — — — — — — — „ 7—9 „ 232
Dr. Stoichiţia I.: Gradaţiile medicilor funcţionari — — — — — — „ 10—12 „ 292
Dr. Stoichiţia I. şi *Dr. Cosma I.:* Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din jud. Sibiu — — — — — — — — — — — „ 1—2 „ 43
Dr. Stoichiţia I. şi *Dr. Cosma I.:* Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din jud. Sibiu — — — — — — — — — — — „ 3—4 „ 115
Dr. Stoichiţia I. şi *Dr. Cosma I.:* Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din jud. Sibiu — — — — — — — — — — — „ 5—6 „ 175
Dr. Stoichiţia I. şi *Dr. Cosma I.:* Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din jud. Sibiu — — — — — — — — — — — „ 7—9 „ 240
Dr. Stoichiţia I. şi *Dr. Cosma I.:* Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din jud. Sibiu — — — — — — — — — — — „ 10—12 „ 308
Dr. Stoichiţia I. şi *Dr. Schulz T.:* Bilanţul a 16 ani de activitate la Ambulatorul Policlinic din Sibiu — — — — — — — — — — „ 1—2 „ 47

Revista cărţilor:

Doc. Dr. Dim. Ionescu: Turbarea la om şi animale recenzat de *Doc. Dr. I. Stoia* — — — — — — — — — — — — — — — — Nr. 1—2 Pag. 54
Dr. Const. Al. Cinski: Campania antiexantematică din Basarabia rec. *Dr. Capitanovici* — — — — — — — — — — — — — — „ 1—2 „ 55
Prof. Dr. M. Kernbach şi *Dr. N. Romanescu: Hotarul tradiţional şi legal al profesiunei medicale* rec. *i. s.* — — — — — — — — „ 5—6 „ 179
Prof. F. Ştefănescu-Goangă: Selecţiunea capacităţilor şi orientarea profesională, rec. *Dr. A. Dosios* — — — — — — — — — — „ 7—9 „ 244
D. Todoran: Bazele Psihologiei caracterului, rec. *s. c.* — — — — — „ 7-9 „ 246
Doc. Dr. I. V. Bistriceanu: Contribuţii la studiul histopatologiei tumorilor neuraxiale primitive şi secundare, rec. *dr. i. c.* — — — „ 7-9 „ 245
Doc. Dr. I. V. Bistriceanu: Undele scurte şi ultra scurte în practica medicală, rec. de *dr. i. c.* — — — — — — — — — — — — „ 7—9 „ 246
Dr. V. Pascal: Incercări de contribuţie la protecţia sănătăţii publice rec. de *i. s.* — — — — — — — — — — — — — — — — „ 10—12 „ 311
Dr. G. Banu: Sănătatea poporului român, rec. *i. s.* — — — — — — „ 10—12 „ 312
Sever Alexandrescu—Henrieta Şerbănescu-Sachelarie şi Ovid Sachelarie: Codul legislaţiei sanitare, rec. de *i. s.* — — — — — — „ 10—12 „ 311

* * *

Revista revistelor şi Referate.

* * *

Note de terapeutică.

* * *

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor, Sibiu.

* * *

Note şi informaţiuni.

Total pag. 324.

s. r.

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3 ori	Lei	2600·—	6 ori Lei 4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3 „	„	1500·—	6 „ „ 2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3 „	„	1000·—	6 „ „ 1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1935.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	50	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**

156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

Arta parfumeriei a atins în anii 1934—35 culmile gloriei

Parfumul şi Apa de Colonie

Jazz

Chat Noir

Jokey Club

Perle de Paris

Ocupă locurile de frunte între parfumuri şi ape de colonie